

Министерство здравоохранения Самарской области
Совет директоров медицинских и фармацевтических
профессиональных образовательных организаций
Приволжского федерального округа

ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им. Н.Ляпиной»

**Межрегиональная заочная конференция
«ОКАЗАНИЕ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПРИ
НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ»**

Сборник материалов



Самара, 2025

УДК
ББК

«Оказание доврачебной помощи пациентам при неотложных состояниях»: сборник материалов межрегиональной заочной конференции. – Самара: ГБПОУ «СМК им. Н.Ляпиной», 2025. – 49с.

В сборнике представлены материалы межрегиональной заочной конференции «Оказание доврачебной помощи пациентам при неотложных состояниях», проходившей в заочном формате 15 декабря 2025 года.

В сборник включены материалы преподавателей профессиональных образовательных организаций, студентов 3-4-х курсов по специальностям 34.02.01 Сестринское дело, 31.02.01 Лечебное дело, слушателей курсов повышения квалификации и профессиональной переподготовки.

В материалах конференции рассмотрены вопросы оказания доврачебной помощи пациентам при неотложных состояниях.

Сборник адресован преподавателям системы среднего профессионального образования, медицинским работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием, студентам.

СОДЕРЖАНИЕ

1. СИНДРОМ ЛАЙЕЛЛА – СЛОЖНЫЙ СЛУЧАЙ НА СКОРОЙ 6
Студентка Алавердян Мария
Научный руководитель преподаватель Фролькис Л.С.
ГБПОУ «Медицинский колледж №1»
2. АЛГОРИТМ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПРИ 10
ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ
Студент Антонов Роман
Научный руководитель преподаватель Клокова А.С.
ГБПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж»
3. ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПРИ 14
КРОВОТЕЧЕНИЯХ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА
Студент Евдокимов Сергей
Научный руководитель преподаватель Евдокимова Л.А.
ОГБПОУ «Карсунский медицинский техникум имени В.В. Тихомирова»
4. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОКАЗАНИИ 16
ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ
НАРКОТИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ
Студентка Пропадалина Виктория
Научный руководитель преподаватель Пестова И.М.
ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им. Н. Ляпиной»
Филиал «Новокуйбышевский медицинский колледж»
5. ОКАЗАНИЕ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПРИ 21
АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ
Студентка Симонова София
Научный руководитель, преподаватель Геффель Е. В.
ГБПОУ «Краснодарский краевой базовый медицинский колледж»
министерства здравоохранения Краснодарского края
6. ДОВРАЧЕБНАЯ НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ В РАБОТЕ 23
МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ
Студентка Стрижакова Юлия
Научные руководители: Гарибян Л.Р., Каюмова А.Н.
ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им. Н. Ляпиной»
7. КАМЕННЫЕ СТРАДАНИЯ: ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА НА СКОРОЙ 26
Студентка Тетяева Дарья
Научный руководитель преподаватель Фролькис Л.С.
ГБПОУ «Медицинский колледж №1»

8. ЗАКРЫТАЯ ТРАВМА ЖИВОТА: АЛГОРИТМ, КОТОРЫЙ СПАСАЕТ ЖИЗНЬ	31
<i>Студентка Чинилина Елизавета</i>	
<i>Научный руководитель преподаватель Фролькис Л.С.</i>	
<i>ГБПОУ «Медицинский колледж №1»</i>	
9. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СОСТОЯНИЯХ И ЗАБОЛЕВАНИЯХ, УГРОЖАЮЩИХ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЮ	36
<i>Преподаватель Арсланова Г.Р.</i>	
<i>ГАПОУ РБ «Стерлитамакский медицинский колледж»</i>	
10. ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО МОДУЛЯ «ОКАЗАНИЕ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ» В ГАПОУ «ЧИСТОПОЛЬСКОЕ МЕДИЦИНСКОЕ УЧИЛИЩЕ»	39
<i>Преподаватель Артамонова И.А.</i>	
<i>ГАПОУ «Чистопольское медицинское училище»</i>	
11. ОКАЗАНИЕ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПРИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	41
<i>Преподаватели: Багрова Ж.В., Гладунова А.В.</i>	
<i>ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им. Н. Ляпиной»</i>	
12. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОДИФИЦИРОВАННОЙ АНАЛОГОВОЙ ШКАЛЫ «ЛЕСТНИЦА БОЛИ» В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ ПРИ РАЗВИТИИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ	44
<i>Преподаватель Бердникова К.П.</i>	
<i>ГБПОУ «Губернский колледж города Похвистнево»</i>	
13. ОКАЗАНИЕ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРОЙ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	46
<i>Преподаватель Веселова О.Б.</i>	
<i>Богородский филиал ГБПОУ НО «Нижегородский медицинский колледж»</i>	
14. ПРИМЕНЕНИЕ ШКАЛЫ КОМЫ ГЛАЗГО ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	49
<i>Преподаватели: Гарибян Л.Р., Каюмова А.Н.</i>	
<i>ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им. Н. Ляпиной»</i>	

15. ОСЛОЖНЕННЫЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ <i>Преподаватель Даутова Ф.А.</i> <i>ГАПОУ «Альметьевский медицинский колледж»</i>	(ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИЙ)	52
16. СЕРДЕЧНО - ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ: ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ И СОВРЕМЕННЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ <i>Преподаватель Евдокимова Л.А.</i> <i>ОГБПОУ «Карсунский медицинский техникум имени В.В. Тихомирова»</i>		56
17. ОЦЕНКА УГРОЖАЮЩИХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ <i>Преподаватель Елисеева Н.В.</i> <i>ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им Н. Ляпиной»</i>		58
18. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ФЕЛЬДШЕРА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ <i>Преподаватели Ефимова Н.Н., Толстова И.В.</i> <i>ГАПОУ «Саратовский областной базовый медицинский колледж»</i>		61
19. ОКАЗАНИЕ ДОВРАЧЕБНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ <i>Преподаватели: Инюшкина Ю.Е., Андреева Е.В.</i> <i>ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им. Н.Ляпиной»</i>		66
20. ПОПУЛЯРИЗАЦИЯ НАВЫКОВ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ <i>Преподаватель Костина И.А.</i> <i>Кузнецкий филиал ГБОУ ПО «Пензенский областной медицинский колледж»</i>		68
21. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ <i>Преподаватель Костина Н.П.</i> <i>Филиал ПривГУПС «Оренбургский институт путей сообщения»</i>		70
22. ПРАКТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ В ОСВОЕНИИ ОБУЧАЮЩИМИСЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО МОДУЛЯ ПМ.05 ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЭКСТРЕННОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ ФОРМАХ, В ТОМ ЧИСЛЕ ВНЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ <i>Преподаватель Кузьмичёва О.Ю.</i> <i>Богородский филиал ГБПОУ НО «Нижегородский медицинский колледж»</i>		72

23. ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В НЕОТЛОЖНОЙ ФОРМЕ В УЧРЕЖДЕНИЯХ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ. 75

*Преподаватель **Оленина Т.А.***

ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им. Н. Ляпиной»

24. ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ 78

*Преподаватели: **Садчикова И.А., Багрова Ж.В.***

ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им. Н. Ляпиной»

СИНДРОМ ЛАЙЕЛЛА – СЛОЖНЫЙ СЛУЧАЙ НА СКОРОЙ

*Студентка Алавердян Мария
Научный руководитель преподаватель Фролькис Л.С.
г. Москва, ГБПОУ «Медицинский колледж №1»*

Актуальность. Увеличение частоты развития аллергических реакций на медикаменты обусловлено ростом количества аллергенов и аутоиммунных заболеваний, применением большого количества лекарственных препаратов у одного пациента (полипрагмазия), наличием коморбидной патологии, в том числе заболеваний печени и почек, появлением и активным использованием новых групп лекарственных средств и биоактивных добавок.

Актуальность данного заболевания обусловлена также тем, что в повседневной деятельности все медицинские работники могут столкнуться с тяжелыми поражениями кожи, требующими проведения неотложных мероприятий, в том числе и фельдшера Скорой помощи.

Цель исследования - представить случай из клинической практики пациента с синдромом Лайелла и проанализировать трудности диагностики данной патологии на догоспитальном этапе.

В настоящее время синдром Стивенса-Джонсона (многоформная буллезная эритематозная эритема) и синдром Лайелла (токсический эпидермальный некролиз, ТЭН) - это острые токсические аллергические реакции, представляющие собой состояния, возникающие при приеме лекарственного препарата в терапевтической дозе. Патогенез характеризуется как иммунными, так и неиммунными механизмами, клинические проявления обоих синдромов в основном сопровождаются различными видами поражения кожи.

Синдром Лайелла и синдром Стивенса—Джонсона (ССД) являются потенциально опасными для жизни слизисто-кожными реакциями, для которых характерны распространенный некроз и отторжение эпидермиса. В 1922 г. американские врачи А.М. Стивенс и Ф.Ч. Джонсон впервые представили описание острого кожно-слизистого синдрома у двух подростков, который характеризовался распространенными кожными высыпаниями, эрозивным стоматитом и конъюнктивитом. В 1956 г. шотландский врач А. Лайелл ввел термин «токсический эпидермальный некролиз», описав пациентов с клинической картиной, имеющей сходство с «ошпариванием кожи» [1]. Хотя эти синдромы являются отдельными нозологическими единицами, считается, что они могут быть разными стадиями развития одного и того же заболевания.

Частота данного заболевания составляет от 1,1 до 6,8 случаев на 1 млн населения в год. В возрасте после 40 лет вероятность ТЭН возрастает, при этом ССД чаще встречается у молодых пациентов, тогда как ТЭН — у пожилых. У женщин заболевание встречается чаще (коэффициент соотношения полов 0,6). ТЭН диагностируется не только у человека, но и у некоторых животных. К группе повышенного риска относятся пациенты с аутоиммунной патологией и злокачественными онкологическими заболеваниями, а также инфицированные вирусом иммунодефицита человека [1].

Наиболее часто ТЭН развивается при приеме лекарственных препаратов. Описано более 100 лекарственных препаратов разных групп, вызывающих развитие эпидермолитических лекарственных реакций. К препаратам, которые часто вызывают токсический эпидермальный некролиз, относятся:

- противосудорожные (карбамазепин, фенobarбитал),
- антиподагрические (аллопуринол),
- сульфаниламиды, антибиотики (пенициллины, цефалоспорины, фторхинолоны, карбапенемы)
- нестероидные противовоспалительные средства (пироксикам, ибупрофен, индометацин,

пироксикам, ацетилсалициловая кислота и др.),

- антиретровирусные (при ВИЧ-инфекции)
- аллопуринол
- противоэпилептические препараты (фенобарбитал, карбамазепин, ламотриджин, вальпроевая кислота)

Период от начала приема препарата до начала реакции составляет от четырех дней до четырех недель. Максимальный срок, по-видимому, ограничивается первыми восемью неделями лечения. Более чем в трети случаев ССД/ТЭН причину установить не удастся [2].

Факторами риска синдрома ССД/ТЭН также являются:

- возраст (у детей встречается реже, но протекает тяжелее, чем у взрослых)
- пол (наблюдается у женщин в 1,5 раза чаще, чем у мужчин)
- генетические факторы,
- злокачественные новообразования и, возможно,
- физические факторы (ультрафиолетовое излучение или лучевая терапия при онкологических заболеваниях),
- ВИЧ-инфекция, вирусы герпеса, Эпштейн-Барра, цитомегаловирус. Пациенты с ВИЧ-инфекцией имеют повышенный риск реакций на лекарства и в 100 раз более высокий риск ССД/ТЭН по сравнению с населением в целом.
- иммунизация
- иммунодефицитные состояния

Клиническая картина. ТЭН начинается с 2–3-дневного продромального периода, характеризующегося гриппоподобными симптомами: лихорадкой, головной болью, ринитом, миалгией, артралгией, может сопровождаться тошнотой или рвотой, диареей, болью при глотании и жжением в глазах. Фотофобия, зуд или жжение конъюнктивы и боль при глотании могут быть ранними симптомами поражения слизистой оболочки. Экзантематозная сыпь может быть предвестником синдрома ССД/ТЭН. Острая фаза длится 8–12 дней с сохранением лихорадки и быстро распространяющимся поражением кожи (рис.1).



Рисунок 1 – Изменения кожи при синдроме Лайелла

Кожные поражения обычно начинаются с нечетко очерченных, сливающихся эритематозных пятен с пурпурными центрами, хотя во многих случаях ССД/ТЭН может проявляться диффузной эритемой [2]. Отмечаются гиперестезия кожи, выраженная болезненность при прикосновении. Причем выраженность боли часто не соответствует кожному поражению. Поражение кожи чаще всего начинается с лица и грудной клетки, затем распространяется на другие области и распределяется симметрично. Скальп обычно остается незатронутым, а ладони и подошвы поражаются редко. Могут присутствовать атипичные мишенеобразные кожные высыпания с более темными центрами. По мере прогрессирования заболевания образуются везикулы и буллы, и в течение нескольких дней кожа начинает

шелушиться. Затем начинается чрезвычайно болезненная отслойка эпидермиса на уровне базального слоя вследствие некроза. Формируется симптом Никольского – десквамация верхних слоев эпидермиса при небольшом надавливании или трении кожи, прилегающей к булле в явно незатронутом участке. Также может присутствовать симптом Асбо–Хансена, или признак распространения булл (латеральное расширение неповрежденных булл при центральном надавливании). Окончательный вид кожи сравнивают с обширным термическим повреждением – кожа «снимается, как кожура с вареной свеклы» [3].

Вовлечение слизистых оболочек происходит примерно в 90% случаев ССД/ТЭН и может предшествовать кожным высыпаниям или следовать за ними [26]. Болезненные корочки и эрозии могут возникать на любой поверхности слизистой оболочки. Слизистая оболочка полости рта и красная кайма губ почти всегда поражаются болезненными геморрагическими эрозиями, покрытыми серовато-белой пленкой. Стоматит и мукозит приводят к нарушению перорального приема пищи с последующим недоеданием и обезвоживанием.

Поражение глаз отмечают примерно у 80% пациентов. Наиболее частым изменением в глазах является тяжелый конъюнктивит с гнойным отделяемым, но могут развиваться буллы. Часто наблюдается изъязвление роговицы, могут возникать передний увеит или паноптальмит. Сопутствующими симптомами являются боль и светобоязнь.

Уретрит развивается у 2/3 пациентов и может привести к задержке мочи. Нередки генитальные эрозии.

У 20% больных отмечают трахеит, бронхит, эзофагит, гастрит, энтероколит, цистит с эндоскопическим выявлением эрозий и иногда язв. При вовлечении нижних дыхательных путей возможны осложнения в виде бронхолита, пневмонии и дыхательной недостаточности. Следствием повреждения кожи и слизистых является потеря белка, жидкости и электролитов, что может сопровождаться гемодинамическими нарушениями, провоцирующими возникновение вторичных осложнений в поздней фазе заболевания [4].

Шкала тяжести токсического эпидермального некролиза (SCORTEN), основанная на семи независимых клинических и лабораторных переменных, считается наиболее адекватной в определении прогноза течения тяжелых случаев ТЭН [2].

Осложнения и негативные последствия синдрома Лайелла:

- гнойно-воспалительные процессы – пневмония, пиодермия, сепсис
- повышенная вязкость крови (свертываемость крови)
- сердечная дисфункция
- нарушения фильтрации почек и токсические поражения
- развитие олигурии и анурии
- воспаление слизистой оболочки дыхательных путей приводит к сильным приступам одышки
- острые нарушения кровообращения головного мозга и коронарного кровообращения
- внутренние кровоизлияния
- обезвоживание
- инфекционно-токсический шок
- временная слепота, светобоязнь

Неотложная помощь на догоспитальном этапе заключается в оценке общего состояния пациента (пульс, ЧСС, артериальное давление, температура тела, частота дыхания, аускультация грудной клетки). При установленной причине развития токсического эпидермального некролиза необходимо немедленно прекратить дальнейшее воздействие этиологического фактора (например, отменить медикамент). Минимизировать травматизацию кожи.

Обеспечить периферический/центральный венозный доступ и начать внутривенное капельное введение детоксицирующих растворов (изотонический раствор натрия хлорида, 5% раствор глюкозы, мафусол, реамберин и др.) [1]. С целью поддержания водного, электролитного, белкового баланса используют нормоволемическую гемодилюцию с

элементами форсированного диуреза, под контролем показателей гемодинамики (пульс, АД, по возможности, ЦВД). Показано внутривенное введение раствора преднизолона 5 мг/кг (но не менее 120-180 мг).

Подкожно вводится 0,3-0,5 мл 0,1% раствора адреналина. Внутривенное введение 1 мл 2% раствора супрастина, или 2 мл 0,1% раствора тавегила.

С целью общего обезболивания при выраженном болевом синдроме могут применяться препараты морфина гидрохлорида в разовой дозе 0,1 — 0,2 мг/кг, но не более 15 мг на одно введение. При непереносимости морфина может быть использован раствор трамадола.

Госпитализация пациента проводится в реанимационное отделение ожогового центра или отделение интенсивной терапии общесоматического стационара.

Все лекарственные препараты применяются перорально или внутривенно, внутримышечное введение противопоказано!

Материалы и методы исследования. В данной статье представлен клинический случай пациента с синдромом Лайелла, наблюдаемый во время прохождения производственной практики в ГБУЗ ДЗМ города Москвы «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С.Пучкова». Для анализа использовались: карта вызова, данные опроса и осмотра, результаты инструментально лабораторных данных.

Результаты исследования.

Клинический случай. Пациентка Л., 25 лет, повод к вызову - появление обширных кожных высыпаний, лихорадка до 39 °С, сильной боли и жжения кожи. Пациентка жалуется на мучительную жажду, слабость, головную боль, появление пузырей на коже. За 2 дня до этого начала приём Амоксициклава после имплантации зуба у стоматолога. Шесть лет назад была аллергия на Цефтриаксон. При объективном обследовании: общее состояние при осмотре бригадой СМП - тяжёлое: пациентка дезориентирована, по шкале Глазго – 13 баллов. Кожа: обширные эритематозные пятна на лице, туловище, конечностях, местами сливающиеся в крупные очаги. На нижних конечностях уже сформировались дряблые пузыри до 10 см в диаметре, при вскрытии которых обнажаются ярко-красные эрозивные поверхности. Отмечается симптом Никольского — отслойка эпидермиса при лёгком трении кожи. Слизистые оболочки: эрозии в полости рта, на губах, конъюнктиве. Дыхание: учащённое, поверхностное, ЧДД 26 в минуту. Пульс: 137 ударов в минуту, слабого наполнения и напряжения, АД — 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах при пальпации. Мочеиспускание: не мочилась с 7 утра (на момент приезда СМП время - 17:35)

Предварительный диагноз: синдром Лайелла, критическая стадия, инфекционно-токсический шок.

Оказанная помощь и ее эффект. Методы интенсивной терапии включали проведение инфузионной терапии 0,9% раствором натрия хлорида – 500 мл; внутривенно введено раствора преднизолона 5 мг/кг (120 мг), а также 1 мл 2% раствора супрастина внутривенно.

В соответствии с разделом алгоритмов терапия, в связи с наличием кожных высыпаний, шокового состояния пациентка доставлена в реанимационное отделение ГКБ. За время транспортировки ухудшения в состоянии больной не отмечалось.

Заключение. Токсический эпидермальный некролиз (синдром Лайелла) – острая тяжелая слизисто-кожная реакция, для которой характерны распространенный некроз и отторжение эпидермиса. Кроме этого, это одно из наиболее тяжелых заболеваний токсико-аллергического характера, представляющего реальную угрозу для жизни, Актуальность проблемы правильной диагностики и лечения пациентов с токсическим эпидермальным некролизом высока из-за того, что очень многие пациенты коморбидны и принимают большое количество лекарственных препаратов, а часто и занимаются самолечением, не учитывая принципы взаимодействия веществ. Выявленные на догоспитальном этапе признаки эпидермального некролиза (болезненность кожи, эритема, эрозии, дряблые пузыри, положительный симптом Никольского) являются показанием для экстренной госпитализации

в стационар, имеющий отделение реанимации и интенсивной терапии. При невозможности госпитализации в отделение ожоговой реанимации пациенты помещаются в любое реанимационное отделение.

Список литературы:

1. Заславский, Д.В., Горланов, И.А., Самцов, А.В., Хайрутдинов, В.Р. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных синдромом Стивенса–Джонсона/токсическим эпидермальным некролизом. 2020. Доступно по: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=35423933> (дата обращения 26.11.2025).
2. Юдин, А.А., Котельников, Д.А. Токсический эпидермальный некролиз: консервативный подход к лечению на примере клинического случая. Практическая аллергология. 2022; (2): 56–67. DOI 10.46393/27129667_2022_2_56
3. Повзун, А. С., Крылов, К. М., Крылов, П. К., Фурман, И. Б., Белоусова, И. Э., Мичунский, К. Э., Орлова, О. В. Токсический эпидермальный некролиз: проблемы диагностики и терапии. Вестник интенсивной терапии. 2017;2:69–75. DOI: 10.21320/1818-474X-2017-2-69-75
4. StevensJohnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis: A Review of Diagnosis and Management / R. Frantz, S. Huang, A. Are, K. Motaparathi. Text: direct // Medicina (Kaunas). 2021. №57(9). С.115.URL: <https://www.mdpi.com/16489144/57/9/895> (Дата обращения 26.11.2025).

АЛГОРИТМ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ

Студент Антонов Роман

Научный руководитель преподаватель Клокова А.С.

г. Арзамас, ГБПОУ НО АМК

Гипертонический криз представляет собой острое и потенциально жизнеугрожающее состояние, характеризующееся резким, значительным и зачастую внезапным повышением артериального давления. Оно сопровождается выраженными клиническими проявлениями острой или прогрессирующей дисфункции органов-мишеней, что определяет высокую вероятность неблагоприятного исхода без своевременного вмешательства. В современной неотложной кардиологии гипертонический криз остаётся одной из наиболее частых причин экстренных обращений и госпитализаций.

От грамотности доврачебных мероприятий напрямую зависит жизненный прогноз, риск инвалидизации и уровень летальности, что подчёркивает необходимость стандартизации подходов к оказанию помощи на догоспитальном этапе. Алгоритм действий должен быть основан на доказательной медицине, прост в применении и доступен для специалистов среднего звена – фельдшеров, медицинских сестёр, а также для обученного персонала службы скорой медицинской помощи.

Современные клинические руководства, включая рекомендации Российского кардиологического общества, проводят чёткое различие между понятиями «гипертонический криз» и «гипертензивная эмергентность» (гипертоническая эмергенция). Понятие гипертонического криза охватывает как неосложнённые, так и осложнённые формы.

- Неосложнённый гипертонический криз – состояние, при котором фиксируется выраженное повышение артериального давления, но отсутствуют признаки повреждения органов-мишеней.
- Осложнённый гипертонический криз – сопровождается симптомами острого нарушения функций жизненно важных систем: выраженной неврологической симптоматикой, признаками угрозы инсульта, острого коронарного синдрома, отёка лёгких, почечной дисфункции и других тяжёлых состояний.

В условиях доврачебной помощи основной задачей медицинского работника является не постановка окончательного диагноза, а быстрое выявление симптомов, указывающих на

возможное осложнённое течение, и последовательное выполнение стандартизированного алгоритма, направленного на стабилизацию состояния пациента до приезда врача.

Первичная оценка состояния пациента – критически важный этап, который должен проводиться быстро, системно и с минимизацией воздействия внешних стрессогенных факторов. Медицинский работник должен оценить уровень сознания, определить наличие жалоб и их выраженность. К типичным симптомам относятся интенсивная головная боль, тошнота, рвота, зрительные нарушения в виде «мушек» или затуманивания зрения, боль в грудной клетке, одышка, чувство внутренней тревоги или выраженный тремор. Одновременно фиксируются объективные показатели: частота дыхания и пульса. Особое внимание уделяется выявлению «красных флагов» – слабости в конечностях, асимметрии лица, нарушения речи, выраженной загрудинной боли, резкой одышки. Выявление данных признаков требует незамедлительного реагирования, поскольку они свидетельствуют о возможном поражении органов-мишеней. Оценка должна осуществляться спокойно и последовательно, поскольку стресс и эмоциональное напряжение пациента могут стимулировать выброс катехоламинов и дополнительно повышать давление.

Следующим шагом является измерение артериального давления. Для повышения точности рекомендуется определять его значения на обеих руках, особенно при подозрении на аортальные или цереброваскулярные нарушения. Показатели, превышающие привычный для пациента уровень на 30-40 мм рт. ст. и более, позволяют рассматривать ситуацию как гипертонический криз. При наличии выраженной тахикардии следует дополнительно оценить частоту пульса, поскольку тахикардия может указывать на повышенную симпатическую активность, боль, тревогу или сопутствующие нарушения ритма сердца. Полученные данные формируют основу для выбора дальнейшей тактики помощи.

Обеспечение физического и эмоционального покоя – ключевой элемент помощи, который нередко недооценивают. Уменьшение нагрузки на сердечно-сосудистую систему само по себе способствует частичной стабилизации. Пациента размещают в полусидячем положении с опорой под спину, что улучшает венозный возврат и снижает преднагрузку. Следует обеспечить доступ свежего воздуха и ослабить стесняющую одежду, особенно в области шеи. Важно ограничить разговоры и любые движения пациента. Все рекомендации необходимо давать спокойным и уверенным тоном, формируя чувство безопасности и снижая тревожность.

Параллельно проводится наблюдение за дыхательной функцией. Одышка, чувство нехватки воздуха, участие вспомогательной мускулатуры в дыхании, появление хрипов при аускультации или признаки цианоза являются возможными проявлениями острой левожелудочковой недостаточности – наиболее опасного кардиального осложнения гипертонического криза. Эти симптомы требуют немедленного вызова бригады скорой медицинской помощи, поскольку дальнейшее наблюдение без специализированного вмешательства недопустимо.

Если пациент страдает хронической артериальной гипертензией и имеет назначенные препараты, в доврачебном порядке допускается приём тех средств, которые ранее использовались им без нежелательных реакций. К препаратам, разрешённым для применения на догоспитальном этапе, относятся: каптоприл 25 мг под язык, нифедипин 10 мг (при условии предыдущего опыта применения), моксонидин 0,2-0,4 мг. Использование новых или незнакомых пациенту препаратов строго противопоказано. Основной принцип медикаментозного вмешательства – постепенность. Резкое снижение артериального давления может спровоцировать ишемию мозга и сердца. Оптимальным считается снижение давления не более чем на 20-25 % от исходных значений в течение первого часа.

Через 20-30 минут проводится повторная оценка состояния: измеряется артериальное давление, анализируются жалобы, оценивается общее самочувствие. Постепенное уменьшение головной боли, снижение тревожности и нормализация дыхания свидетельствуют о положительной динамике. Однако даже при улучшении состояния пациент нуждается в дальнейшем наблюдении, поскольку риск отсроченных осложнений

остаётся высоким. Важно помнить, что кратковременная стабилизация не исключает возможного скрытого повреждения органов-мишеней.

Таблица 1. Особенности гипертонического криза

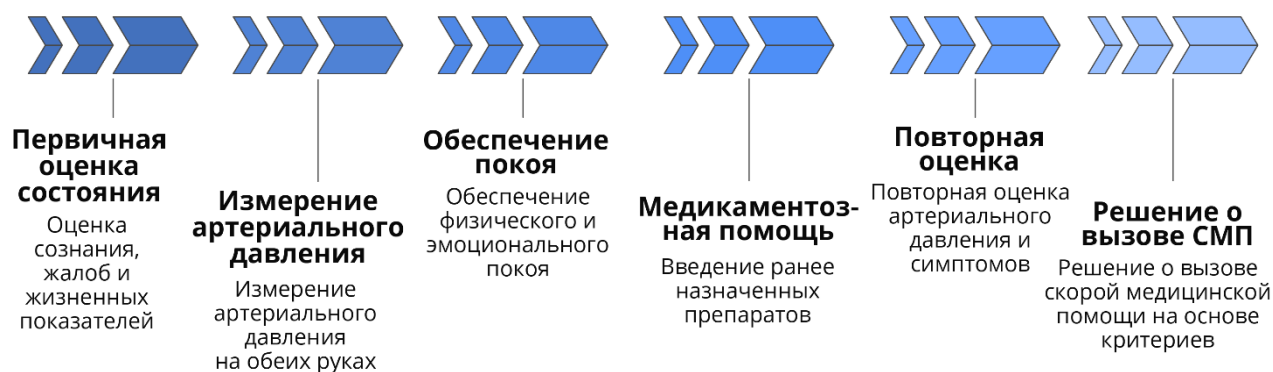
Критерий	Неосложнённый гипертонический криз	Осложнённый гипертонический криз
Повышение артериального давления	Обычно выше 180/110 мм рт. ст., без прогрессии	Может быть резкое и прогрессирующее, часто > 200/120
Симптомы	Головная боль, шум в ушах, тревога, покраснение лица	Нарушение речи, зрения, сильная одышка, судороги, резкая слабость
Поражение органов-мишеней	Отсутствует	Присутствует: инсульт, инфаркт, отёк лёгких, острый коронарный синдром, расслоение аорты
Неотложность действий	Требуется снижение давления в течение нескольких часов	Требуется немедленная помощь и госпитализация
Тактика на догоспитальном этапе	Спокойствие, контроль давления, приём назначенных препаратов, наблюдение	Вызов СМП, укладка пациента, контроль АВС, кислород, мониторинг состояния

Вызов бригады скорой медицинской помощи является обязательным при наличии хотя бы одного из следующих признаков:

- артериальное давление выше 180/120 мм рт. ст.;
- отсутствие клинического или гемодинамического эффекта от препаратов в течение 30-40 минут;
- боли в груди, аритмии, особенно новые или учащающиеся;
- неврологические нарушения – асимметрия лица, нарушение речи, слабость в конечностях;
- выраженная одышка, особенно с хрипами или ортопноэ;
- первый эпизод гипертонического криза у человека без ранее установленного диагноза артериальной гипертензии;
- наличие беременности (в связи с риском преэклампсии или эклампсии);
- пожилой возраст и наличие сопутствующих тяжёлых заболеваний (сахарный диабет, хроническая болезнь почек, ишемическая болезнь сердца и др.).

Даже при неосложнённом кризе рекомендуется последующее врачебное наблюдение – амбулаторное либо стационарное, с целью контроля динамики и корректировки терапии.

Рисунок 1. Алгоритм доврачебной помощи



В практике доврачебной помощи действительно встречаются типичные ошибки, которые способны значительно ухудшить состояние пациента и повлиять на дальнейший

прогноз. Одной из самых распространённых является чрезмерно быстрое снижение артериального давления, особенно при использовании мощных или незнакомых пациенту гипотензивных средств. Такое вмешательство приводит к резкому ухудшению перфузии жизненно важных органов, что может вызвать ишемию миокарда, нарушения мозгового кровообращения и другие критические осложнения. Безопасным считается постепенное снижение артериального давления, что всегда подчёркивается в клинических рекомендациях.

Ещё одной важной группой ошибок является неправильная позиция тела пациента и нарушение коммуникации. Укладка больного в горизонтальное положение может способствовать развитию одышки, увеличению давления в малом круге кровообращения и даже отёку лёгких. Пациента при гипертоническом кризе следует усаживать с опорой на спину или размещать в положении «полусидя» – это облегчает дыхание и стабилизирует состояние. Кроме того, эмоционально напряжённая или тревожная манера общения медицинского работника способна усилить страх, вызвать дополнительный выброс стресс-гормонов и тем самым ухудшить контроль над артериальным давлением.

Также серьёзным нарушением является отсутствие динамического контроля артериального давления. Многие ошибки связаны не с неправильным вмешательством, а с отсутствием мониторинга его результатов. Если артериальное давление не измеряется повторно каждые 10-15 минут, медицинский работник теряет возможность своевременно оценить эффективность предпринятых действий или заметить ухудшение. Это создаёт риск как недооценки тяжести состояния, так и развития осложнений из-за недостаточного или чрезмерного воздействия. Регулярный контроль давления – важнейший элемент доврачебной помощи, позволяющий корректировать действия и обеспечивать безопасность пациента.

Профилактика гипертонических кризов – важное направление деятельности специалистов среднего медицинского звена. Пациентам необходимо разъяснять важность постоянного приёма назначенных препаратов, независимо от наличия симптомов. Важными мерами являются отказ от курения, ограничение алкоголя, снижение потребления соли, контроль стресса, регулярный мониторинг артериального давления и повышение физической активности в пределах индивидуальных возможностей. Формирование навыков раннего распознавания признаков криза также способствует предупреждению тяжёлых осложнений.

Гипертонический криз – состояние, требующее чёткой, системной и своевременной доврачебной помощи. Роль специалистов среднего медицинского звена в оказании такой помощи трудно переоценить. Грамотное выполнение алгоритма позволяет стабилизировать состояние пациента, снизить риск тяжёлых осложнений и обеспечить максимально безопасное ожидание врачебной помощи. Регулярное обучение, отработка практических навыков и моделирование клинических ситуаций формируют необходимую уверенность и компетентность будущих медицинских специалистов, что значительно повышает качество оказания доврачебной помощи в реальной практике.

Список литературы:

1. Гришина Е. А., Лифшиц И. И. Доврачебная помощь при гипертоническом кризе: ошибки и пути их предотвращения // Скорая медицинская помощь. – 2021. – Т. 22, № 3. – С. 45–50.
2. Клинические рекомендации по неотложной кардиологической помощи / Под ред. Л. А. Бокерия, Ю. Н. Беленкова. – М.: Национальное общество по изучению артериальной гипертонии, 2021. – 64 с.
3. Концевая А. В., Ершова Е. С., Драпкина О. М. Гипертонические кризы в практике врача общей практики // Врач. – 2023. – № 5. – С. 22–28.
4. Методические рекомендации по оказанию первой помощи при неотложных состояниях в системе здравоохранения Российской Федерации / Министерство здравоохранения РФ. – М., 2021. – 48 с.
5. Садовская Т. В., Кобалава Ж. Д. Артериальная гипертония: от теории к практике / Под ред. Е. В. Шляхто. – М.: Практическая медицина, 2022. – 320 с.

6. Федеральные клинические рекомендации по ведению пациентов с артериальной гипертензией (с участием Минздрава России, Российского общества кардиологов, Национального общества по изучению артериальной гипертонии). – М., 2020. – 72 с.

ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА

*Студент Евдокимов Сергей,
Научный руководитель преподаватель Евдокимова Л.А.
р.п. Карсун Ульяновская область,
ОГБПОУ «Карсунский медицинский техникум имени В.В. Тихомирова»*

Кровотечения, полученные при травмах и ранениях, всегда остаются актуальной темой для изучения и исследования, поскольку вследствие массивного кровотечения возможна биологическая смерть. Но медицинская наука сегодня имеет множество различных способов предотвращения смерти по причине гиповолемического шока, чему и посвящена эта статья.

Кровотечением называют выход крови из кровеносных сосудов при нарушении целостности или проницаемости их стенки. Травматические кровотечения связаны с механическим повреждением сосудистой стенки. По виду кровотечения различают артериальное (характеризуется яркой алой кровью, пульсирующей струёй; наиболее опасное кровотечение, поскольку потеря крови идёт быстро), венозное (кровь тёмного цвета, вытекает медленно и равномерно), артериовенозное (смешанное), капиллярное (поверхностное повреждение кожи, часто сопровождается незначительным выделением крови) и паренхиматозное – возникает вследствие повреждения внутренних органов (например, печени или селезёнки); обычно протекает скрыто, распознаётся позднее остальных видов). По месту излияния различают наружные (излияние крови в окружающую среду) и внутренние (кровоизлияние крови в замкнутую полость). Кровоизлияния также классифицируются по их локализации (например, носовые). Разные виды кровотечения имеют отличные друг от друга клинические проявления, но имеют и сходные симптомы: бледность кожных покровов, холодный пот, учащённый пульс, чувство слабости и страха, плавающие помутнения в глазах.

Существуют временные и окончательные способы кровотечения.

На доврачебном этапе оказания медицинской помощи используются временные способы остановки кровотечения, к которым относят: пальцевое прижатие сосуда и костному или хрящевому образованию, максимальное сгибание конечности и создание возвышенного её положения, холодная или горячая вода (50 градусов по Цельсию), жгут Эсмарха, жгут-закрутка, зонд Блэкмора (при кровотечениях из пищевода), тампонада, сосудистые зажимы (Кохера, Бильрота, «москит», Микуличи).

Пальцевым прижатием останавливают крупные артерии: височная (прижимается впереди верхнего края ушной раковины к височной кости), нижнечелюстная (прижимается к углу нижней челюсти), сонная (прижимается к сонному бугорку шестого шейного позвонка, но при этом нельзя пережимать две артерии одновременно), подключичная (прижимается к 1 ребру в области бугорка Лисфранка), подкрыльцовая (прижимается к головке плечевой кости по переднему краю волосистой части подмышечной впадины), плечевая (прижимают к внутренней поверхности плечевой кости и внутреннему краю двухглавой мышцы), лучевая (прижимают к лучевой кости в месте подсчёта пульса), локтевая (прижимают к локтевой кости в верхней трети внутренней поверхности предплечья), бедренная (прижимается к горизонтальной ветви лобковой кости), большеберцовая (прижимается к большеберцовой кости), артерии тыла стопы (прижимают к подлежащей кости). А также брюшная аорта, но только у худощавых и физически не развитых лиц, которая прижимается к позвоночнику

через переднюю брюшную стенку. При правильном прижатии должно остановиться кровотечение и пульсация дистальной артерии.

Наложение кровоостанавливающего жгута Эсмарха позволяет быстро остановить кровотечение. Существуют обязательные условия его наложения: накладывается выше раны на 4-5 см, конечности придают возвышенное положение, не накладывается на обнажённую кожу, накладывается на 1 час летом и 30-40 минут зимой, жгут должен быть хорошо виден, к жгуту прикрепляется бирка со временем наложения жгута, ФИО оказавшего помощь, ФИО пострадавшего.

Жгут-закрутка накладывается при отсутствии кровоостанавливающего жгута Эсмарха при артериальном кровотечении. Закрутка состоит из мягкого прочного материала (одежда, материя, мягкий брючный ремень) и деревянной палочки, которая путём вращения закручивает ткань до остановки кровотечения.

Метод тампонирувания заключается в тугом заполнении раны марлей, сложенной в виде салфеток, турундами или специальными тампонами. Марля, пропитанная кровью, становится каркасом для фибрина и формирования тромба.

На всех этапах медицинской помощи используют кровоостанавливающие препараты: Транексамовая кислота 500-1000 мг, Викасол 1% 10–15 мг, Аминокапроновая кислота 5–30 г, 10% раствор нитрата серебра, 3% перекись водорода, 5% раствор перманганата калия, 10% хлорид (глюконат) кальция, аскорбиновая кислота, протамина сульфат (ингибитор гепарина). Активно используется гемостатическая губка – коллагеновая губка, пропитанная тромбином. Её применяют для остановки капиллярных кровотечений при бытовых повреждениях и мелких травмах. Губку рекомендуют включать в автомобильные аптечки первой помощи. Губка не противопоказана при артериальных кровотечениях, гнойных ранах и пиодермии.

Существуют также способы окончательной остановки кровотечения, но они используются в операционном блоке и относятся к врачебной специализированной помощи. Они включают перевязку сосудов в ране, лазерный скальпель, плазменный скальпель, биологическая тампонада и другие.

Кровотечение может привести к осложнениям – гиповолемический шок, постгеморрагическая анемия, нарушение функции внутренних органов. Потеря значительного объёма крови приводит к уменьшению циркулирующей жидкости в организме. Возникающая гиповолемия нарушает доставку кислорода тканям и органам, вызывая нарушения функций важных систем жизнедеятельности, таких как сердце, почки, мозг и печень. Хроническое или значительное однократное кровотечение приводят к развитию постгеморрагической анемии, характеризующейся недостатком гемоглобина и эритроцитов. Это состояние выражается слабостью, головокружением, бледностью кожи и слизистых оболочек, а также учащённым сердцебиением.

- Алгоритм оказания первой доврачебной помощи при кровотечениях:
- Убедиться в собственной безопасности.
- Убедиться в безопасности пострадавшего.
- Обеспечить покой пострадавшему.
- Установить доверительные отношения с пострадавшим.
- Собрать анамнез.
- Определить вид кровотечения (артериальное, венозное, капиллярное, паренхиматозное).
- Уложить пострадавшего на спину (при носовом кровотечении усадить с опущенной головой вниз).

Остановить кровотечение временным способом:

- Артериальное - наложение кровоостанавливающего жгута Эсмарха, придание конечности возвышенного положения, сгибание конечности в суставе, тампонирувание раны;
- Венозное – наложение давящей повязки, а при сильном кровотечении наложение кровоостанавливающего жгута Эсмарха (ниже раны);

- Капиллярное – наложение лейкопластырной повязки, а при носовом капиллярном кровотечении - тампонада носового хода, пальцевое прижатие.
- Наложение холода на место кровотечения.

Если есть возможность, то обработать рану антисептическим раствором и наложить повязку. При наличии в ране посторонних предметов их не извлекать. При сильном кровотечении ввести гемостатические препараты. При признаках гиповолемического шока ввести внутривенно капельно-кристаллоидные, коллоидные растворы и препараты крови. Приготовить для введения сердечные гликозиды.

Транспортировать пострадавшего на спине на носилках, опустив головной конец, положив под ноги валик. Во время транспортировки необходимо контролировать АД, ЧСС, ЧДД, сознание и состояние повязки.

Таким образом, мероприятия по остановке кровотечения разнообразны и совершенствуются на сегодняшнем этапе развития медицинской науки. Не только медработники, но и люди без медицинского образования обязаны уметь останавливать кровотечения, чтобы спасти жизнь своим родным и близким.

Список литературы:

1. Хирургия: учебник для студентов средних профессиональных учебных заведений / Б.Н. Жуков, С. А. Быстров; под редакцией Б.Н. Жукова – 2-е издание , стереотипное 2008 – 56с.
2. Большая медицинская энциклопедия под редакцией д.м.н. Ю.Ю, Елисеева – Москва 2025 - 392с.
3. Петрова Н.Н., Шилов Ю.А. Травмы и первая помощь. Учебное пособие. Москва, 2020 г.
4. Иванов А.В. Руководство по оказанию первой помощи при аварийных ситуациях. СПб.: Медико-Психологическое общество, 2021 г.
5. Морозова Е.П. Основы сестринского дела. Учебник для студентов медицинских колледжей. Ростов-на-Дону: Феникс, 2022 г.
6. Карпов А.И. Атлас симптомов заболеваний и поражений внутренних органов. Том II. Самара: Издательство Самарского университета, 2023 г.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОКАЗАНИИ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ НАРКОТИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ

*Студентка Пропадалина Виктория
Научный руководитель преподаватель Пестова И.М.
г. Новокуйбышевск, ГБПОУ «СМК им. Н. Ляпиной», филиал «НМК»*

Актуальность: когда вещество становится убийцей

Отравление наркотиками (наркотическая интоксикация) — это острое, жизнеугрожающее состояние, требующее незамедлительной реакции. По данным ВОЗ, около 0.5 млн смертей ежегодно связаны с употреблением наркотиков. Коварство ситуации в том, что разные наркотики вызывают противоположные симптомы: одни приводят к гиперактивности, другие — к угнетению всех функций организма. Ваша способность распознать тип отравления и оказать грамотную доврачебную помощь напрямую влияет на шансы человека выжить и избежать тяжелых неврологических последствий.

Фундаментальное правило: при малейшем подозрении на наркотическое отравление немедленно вызывайте скорую медицинскую помощь (103 или 112). В России действует принцип медицинской тайны и "амнистии" для тех, кто вызывает скорую при передозировке — вашей ответственности не будет.

В статье представлен детальный алгоритм оказания доврачебной помощи при острых отравлениях наркотическими веществами. Рассмотрены клинические проявления интоксикаций основными группами психоактивных соединений (опиаты, стимуляторы, каннабиноиды, галлюциногены, депрессанты ЦНС). Особое внимание уделено универсальному протоколу действий на месте происшествия, включая оценку состояния по принципу ABC, проведение базовой сердечно-легочной реанимации и применение антидота налоксона.

ЧАСТЬ 1: как распознать отравление? Ключевые симптомы по группам наркотиков

1. Опиаты/опиоиды (героин, метадон, фентанил, трамадол, кодеин)

Характерные признаки "передоза":

- ✓ Резкая сонливость, "кивание" (человек не может держать голову)
- ✓ Суженные зрачки, не реагирующие на свет
- ✓ Замедленное, поверхностное дыхание (менее 8 вдохов в минуту), храп, хрипы
- ✓ Синий оттенок губ, ногтей, кожи (цианоз)
- ✓ Потеря сознания, невозможность разбудить
- ✓ Низкое артериальное давление, слабый пульс
- ✓ Рвота (часто — в бессознательном состоянии, что опасно удушьем)

2. Стимуляторы (амфетамин, метамфетамин, кокаин, мефедрон, "соли", "скорость")

Признаки острой интоксикации:

- ✓ Психомоторное возбуждение, паника, агрессия, бред, галлюцинации
- ✓ Расширенные зрачки
- ✓ Учащенное сердцебиение (тахикардия), повышенное давление
- ✓ Учащенное дыхание
- ✓ Сухость во рту, мышечные спазмы
- ✓ Повышение температуры тела до опасных значений (гипертермия)
- ✓ Судороги (риск эпилептического статуса)

3. Каннабиноиды (марихуана, гашиш, синтетические "спайсы")

Признаки тяжелого отравления:

- ✓ Паническая атака, сильная тревога, паранойя
- ✓ Тахикардия, скачки давления
- ✓ Галлюцинации, дезориентация
- ✓ В редких тяжелых случаях — угнетение сознания

4. Психостимуляторы с галлюциногенным эффектом (ЛСД, псилоцибин, экстази (МДМА))

- ✓ Галлюцинации, потеря связи с реальностью
- ✓ Расширенные зрачки, тахикардия
- ✓ Опасное повышение температуры (особенно у экстази в сочетании с физической нагрузкой и обезвоживанием)
- ✓ Мышечное напряжение, спазм челюстей

5. Депрессанты ЦНС (барбитураты, бензодиазепины)

- ✓ Напоминают отравление опиатами: глубокая седация, угнетение дыхания, кома. Но зрачки могут быть нормальных размеров или слегка расширены

Часть 2: Универсальный алгоритм доврачебной помощи — 7 шагов, которые спасают жизнь

Шаг 0: обеспечьте собственную безопасность

- ✓ Убедитесь, что в помещении нет опасных предметов.
- ✓ Если человек агрессивен и буен — не приближайтесь, вызовите полицию (102) вместе со скорой. Оказывайте помощь только когда это безопасно.

Шаг 1: немедленный вызов скорой помощи

Что сказать диспетчеру:

1. "Подозрение на отравление наркотиками (передозировку)".
2. Адрес максимально точно (подъезд, этаж, код).
3. Состояние человека: дышит/не дышит, в сознании/без сознания.
4. Описание симптомов (размер зрачков, цвет кожи, есть ли судороги).
5. Если известно — название вещества.

Шаг 2: оцените состояние (abc-ПОДХОД)

A (Airway — проходимость дыхательных путей): Запрокиньте голову, откройте рот, убедитесь, что нет рвотных масс. Если есть — поверните на бок и очистите пальцем, обернутым тканью.

B (Breathing — дыхание): посмотрите, поднимается ли грудная клетка. Прислушайтесь у рта. Норма: 16-20 вдохов в минуту. Менее 8 — критично!

C (Circulation — кровообращение): Нащупайте пульс на сонной артерии (шея под челюстью).

Шаг 3: действия в зависимости от результата оценки

Ситуация 1: человек без сознания, не дышит или дышит редко (менее 8 вдохов в минуту)

Это признак отравления опиатами! Действуйте без промедления.

1. Начните сердечно-легочную реанимацию (СЛР):
 - ✓ Уложите на твердую поверхность, на спину.
 - ✓ 30 сильных надавливаний основанием ладони на центр грудной клетки (глубина 5-6 см, частота 100-120 в минуту).
 - ✓ Сделайте 2 искусственных вдоха методом "рот в рот" (через маску или хотя бы ткань).
 - ✓ Продолжайте цикл 30:2 до приезда скорой или появления самостоятельного дыхания.
2. По назначению врача, медицинская сестра вводит лекарственный препарат «Налоксон» (Наркан)!
 - ✓ Налоксон — специфический антидот опиатов. Его можно ввести интраназально (в нос) или внутримышечно (в бедро).
 - ✓ Действие наступает через 2-5 минут.
 - ✓ Если через 3 минуты после введения налоксона человек не начал дышать — вводят вторую дозу и продолжают СЛР.

Ситуация 2: человек без сознания, но дышит

1. Придать стабильное боковое положение (восстановительное положение):
 - ✓ Поверните на бок.
 - ✓ Нижнюю руку вытяните вперед, верхнюю согните, чтобы ладонь была под щекой.
 - ✓ Нижнюю ногу выпрямите, верхнюю согните в колене.
 - ✓ Это предотвратит западение языка и удушье рвотными массами.
2. Постоянно контролируйте дыхание. Будьте готовы к СЛР.

Ситуация 3: человек в сознании, но ведет себя неадекватно

1. Успокойте, установите контакт: говорите тихо, медленно, уверенно.
2. Медицинская сестра должна обезопасить пространство: убрать все колющие, режущие, тяжелые предметы.
3. Создает спокойную обстановку: приглушает свет, убирает громкие звуки.
4. Не давайте никаких лекарств, еды или алкоголя.
5. Действия медицинской сестры при гипертермии: если температура высокая (жарко, пот), перемещает в прохладное место, прикладывает холод ко лбу, шее, подмышкам.
6. Предотвратите обезвоживание: при согласии давайте пить маленькими глотками прохладную воду.

Шаг 4: борьба с критическими симптомами

Действия медицинской сестры:

✓ **При судорогах:** не сдерживать движения человека. Медицинская сестра убирает все опасные предметы вокруг. Подкладывает что-то мягкое под голову. Не вставляйте ничего в рот! После приступа — поверните на бок.

✓ **При боли в груди/сильной одышке** (подозрение на инфаркт/инсульт): усаживает, расстегивает одежду, обеспечивает покой.

✓ **При сильном кровотечении** (например, из носа на стимуляторах): усаживает с наклоном головы вперед, зажимает ноздри на 10 минут.

Шаг 5: соберите информацию для врачей

✓ Найдите и сохраните остатки вещества, упаковку, шприцы.

✓ Если человек пришел в сознание, спокойно спросите: что, сколько и когда принял?

✓ Не уничтожайте улики — они нужны для диагностики.

Шаг 6: не оставляйте человека одного

Состояние может резко ухудшиться в любой момент. Медицинская сестра находится рядом.

Шаг 7: передайте информацию бригаде скорой помощи (врачу)

Четко расскажите: что произошло, какие действия вы предприняли, что известно о веществе.

Часть 3: категорически запрещено!

1. ✗ Не класть в холодную ванну или под душ (особенно при отравлении стимуляторами). Это может вызвать шок и остановку сердца.
2. ✗ Не давать кофе, алкоголь или другие наркотики "для протрезвления". Это ухудшит состояние.
3. ✗ Не вызывать рвоту, если человек без сознания или сильно заторможен — он может захлебнуться.
4. ✗ Не оставлять "проспаться". При отравлении опиатами человек может не проснуться.
5. ✗ Не применять силу и не связывать при возбуждении.
6. ✗ Не скрывать от врачей информацию о приеме наркотиков. Это спасет жизнь.

Часть 4: Юридические аспекты в России

В соответствии со статьей 31 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан" и разъяснениями Минздрава, гражданин, оказавший первую помощь, не несет ответственности за возможные последствия, если действовал добросовестно.

Вызов скорой помощи при передозировке не влечет уголовной ответственности для пострадавшего или свидетелей за хранение остатков вещества, обнаруженных медиками на месте. Ваша цель — спасение жизни, и закон на вашей стороне.

Заключение

Отравление наркотиками — это гонка со временем, где приз — человеческая жизнь. Ваши действия не должны быть продиктованы страхом или осуждением. Они должны быть основаны на четком знании алгоритма: вызов скорой, оценка дыхания, при необходимости — СЛР и налоксон, стабильное боковое положение.

Запомните главное: вы можете поддержать жизнь в критические минуты, пока не приедут те, кто сможет. И в этой ситуации каждая правильная ваша реакция имеет ценность.

Список литературы:

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст. 31, ст. 66).

2. Остапенко Ю.Н., Шимановский Н.Л., Бонитенко Е.Ю. Клиническая токсикология: учебник. — 5-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. — 736 с.
3. Российский Красный Крест. Первая помощь: практическое руководство. — 4-е изд. — М.: РКК, 2022. — Модуль 7: «Первая помощь при отравлениях».
4. Остапенко Ю.Н., Шимановский Н.Л., Бонитенко Е.Ю. Клиническая токсикология: учебник. — 5-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. — 736 с.

ОКАЗАНИЕ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ

*Студентка Симонова С. А.
Научный руководитель, преподаватель Геффель Е. В.
г. Краснодар, ГБПОУ «ККБМК» МЗ КК*

Готовность к быстрому и правильному действию — залог спасения жизни в критической ситуации.

Введение

Анафилактический шок — это острое тяжелое аллергическое состояние, угрожающее для жизни, характеризующееся быстрой прогрессией и развитием полиорганной недостаточности. Его своевременное и правильное оказание первой помощи является важнейшей задачей в практике как медицинских специалистов, так и обычных граждан. От правильных действий зависит спасение жизни пострадавшего и снижение риска тяжёлых осложнений.

Основные понятия:

- Анафилаксия — быстрая аллергическая реакция, возникающая в ответ на контакт с аллергеном.
- Анафилактический шок — самая тяжелая форма анафилаксии, сопровождающаяся критическими нарушениями гемодинамики и дыхания.

Клинические проявления:

- Кожные проявления: крапивница, отёк кожи, слизистых.
- Респираторные симптомы: одышка, свистящее дыхание, ощущение комка в горле.
- Кардиоваскулярные: гипотония, бледность, слабость, потеря сознания.
- Желудочно-кишечные: тошнота, рвота, диарея.

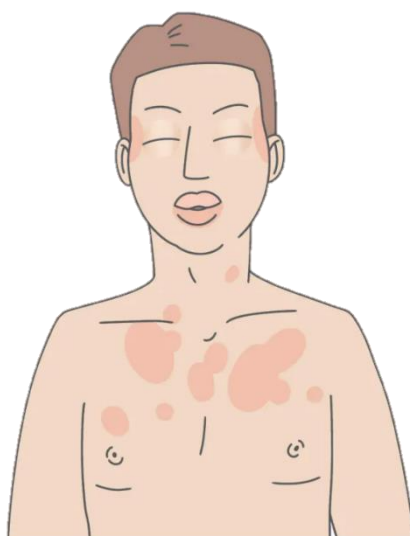


Рисунок 1. Симптомы при анафилактическом шоке

Обратите внимание, что симптомы развиваются быстро, и любое отклонение требует немедленных действий.

Алгоритм оказания доврачебной помощи при анафилактическом шоке

1. Определение ситуации:

- Немедленно оцените симптомы и угрозу жизни.
- Устранить аллерген.
- Обеспечить венозный доступ.
- При наличии признаков анафилаксии — немедленно приступайте к действиям.

2. Обеспечение безопасности:

- Обеспечьте безопасность пострадавшего и окружающих.
- При необходимости вызвать реанимационную бригаду / скорую медицинскую помощь.

3. Обеспечение проходимости дыхательных путей:

- Освободите дыхательные пути от препятствий.
- Голову повернуть на бок, при западении языка выдвинуть нижнюю челюсть вперед.

4. Обеспечение дыхания и кровообращения:

➤ При наличии признаков аллергической реакции — немедленно введите адреналин внутримышечно.

- Взрослым рекомендуется инъекция 0,3-0,5 мл 0,01% раствора адреналина (1:1000).
- Повторная инъекция возможна через 5-15 минут при необходимости.
- Контроль АД, пульса.
- При бронхоспазме: 1-2 дозы сальбутамола с интервалом 20 минут, но не более 8 доз; внутривенное введение на физиологическом растворе 2,4 % раствор эуфиллина 10-15 мл.
- Как можно скорее обеспечить подачу 100% кислорода (не более 30 минут).
- Как можно скорее начать внутривенное введение физиологического раствора со скоростью 20-40 мл/кг в час. При невозможности обеспечить данную скорость через одну вену, проводить инфузии через 2-3 вены одновременно. При подъеме АД скорость инфузии уменьшить в 2-3 раза.
- Приготовить глюкокортикоиды (Преднизолон 90-120 мг или гидрокортизон 125-150 мг), димедрол 1% - 2 мл.

5. Дополнительные мероприятия:

- Обеспечьте покой, избегайте лишних движений.
- При наличии кашля или рвоты — помогите избавиться от выделений.
- Можно дать пострадавшему мягкую пищу или воду только после стабилизации состояния.

Показания к применению лекарственных средств:

- Адреналин — основной препарат в экстренной помощи.
- Антигистаминные средства (например, прометазин, дифенгидрамин) — для уменьшения аллергической реакции.
- Кортикостероиды — для закрепления результата и предотвращения рецидива (в дальнейшем).

Особенности оказания помощи в домашних условиях:

- Быстро действовать при первых признаках анафилаксии.
- Использовать автоинжектор с адреналином, если он есть.
- Не оставлять пострадавшего одного, непрерывно контролировать состояние до прибытия скорой медицинской помощи/реанимационной бригады.

Заключение

Оказание доврачебной помощи при анафилактическом шоке — критически важный этап в спасении жизни пострадавшего. Важно помнить основные принципы: быстрое распознавание симптомов, своевременное введение адреналина, обеспечение проходимости дыхательных путей и вызов скорой помощи. Обучение населения первичным навыкам

экстренной помощи должно стать приоритетом для снижения смертности при аллергических реакциях.

Список литературы:

1. Всемирная организация здравоохранения. Руководство по оказанию первой помощи при аллергических реакциях. 2020.
2. Федеральные клинические рекомендации по профилактике и лечению аллергических реакций. 2021.
3. Юридические и этические основы оказания доврачебной помощи. Москва, 2022.
4. Алгоритмы оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации: пособие для медицинских работников выездных бригад скорой медицинской помощи. – СПб.: ИП Шевченко В.И., 2018. – 158 с.

ДОВРАЧЕБНАЯ НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Студентка Стрижакова Юлия

Научные руководители: Гарибян Л.Р., Каюмова А.Н.

г. Самара, ГБПОУ «СМК им. Н. Ляпиной»

Неотложные состояния — тяжелые расстройства функций организма. В таких случаях жизнь и здоровье пациентов находится не только в руках врачей, не менее важную роль играют медицинские сестры. От своевременности и правильности действий медицинской сестры зависит здоровье пациента, иногда даже жизнь. Медицинская сестра должна уметь распознавать экстренные ситуации, быстро реагировать и оказывать доврачебную медицинскую помощь ещё до прибытия врача.

Неотложное состояние (НС) - внезапно возникшее патологическое изменение функций организма человека, угрожающее его жизни, здоровью или окружающим его лицам.

НС классифицируют следующим образом:

— состояния, угрожающие жизни, - патологические состояния, связанные с нарушением витальных функций (кровообращения, дыхания и др.);

— состояния, угрожающие здоровью, - патологические состояния с высоким риском развития нарушений витальных функций или способные вызвать стойкие нарушения здоровья, которые могут наступить при отсутствии своевременной медицинской помощи в ближайшее время;

— состояния, требующие срочного медицинского вмешательства в интересах окружающих в связи с поведением больного.

Особый вид НС - роды. По сути, роды - физиологический акт и могут быть разрешены без неотложного медицинского вмешательства. Однако определенный риск осложнений, включая угрожающие жизни, диктует необходимость их отнесения к НС.

Основные причины НС:

- острые заболевания,
- обострения хронических заболеваний,
- травмы,
- отравления.

Доврачебная помощь представляет собой комплекс мероприятий, направленных на поддержание жизнедеятельности организма и предотвращение ухудшения состояния пациента до прибытия врача. Основная цель медицинской сестры заключается в стабилизации жизненно важных функций и обеспечении условий для дальнейшего лечения врачом.

Сестринская неотложная помощь заключается в следующем:

- первичная оценка состояния больного. Это необходимо для грамотного распределения ресурсов и определения тактики лечения. Если в неотложной

- помощи нуждается несколько человек, то медсестра осуществляет маршрутизацию в соответствии с состоянием пациентов;
- подготовка к медицинским манипуляциям. От медсестры может потребоваться наложить повязки, провести инъекцию, взять кровь, обработать раны, если действия будут выполнены неграмотно, то это негативно скажется на исходе лечения;
 - уход за пациентами. Это необходимо и на месте происшествия, и во время транспортировки. Задачи медсестры – поддержание состояния больного, создание комфортных для него условий до прибытия в медицинское учреждение;
 - психологическая поддержка. Задача медсестры заключается не только в медицинской помощи, но и в психологической. Неотложные состояния сопровождается повышенной тревожностью, страхом, поэтому важно разговаривать с больным и поддерживать его моральный дух. Это особенно актуально для пациентов в тяжелом состоянии.

Успех всего лечебного мероприятия зачастую зависит от действий медицинской сестры. Поэтому она должна знать, как вести себя в критических обстоятельствах. Есть общий алгоритм действий, подходящий для всех неотложных ситуаций.

В первую очередь, нужна оценка внешнего состояния пациента. Медицинской сестре необходимо уделить внимание осмотру кожных покровов и слизистых оболочек. Важны следующие факторы: сухость, влажность, оттенок, появление сыпи.

Следующий шаг – установка контакта с больным. Нужно разговаривать с ним и стараться успокоить.

Далее, от медсестры требуется оценить работу дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Обязательны следующие действия:

- оценка уровня сознания,
- оценка дыхания,
- подсчет пульса и определение его характеристик,
- измерение давления.

Грамотные доврачебные действия медсестры могут помочь человеку сохранить здоровье и жизнь.

Если выявляются признаки тяжёлого состояния (потеря сознания, нарушения дыхания, кровотечение), то следует немедленно приступить к оказанию необходимого объема помощи.

Наиболее распространенными являются следующие неотложные состояния.

Гипертонический криз.

Головную боль, болевые ощущения в области груди, потерю сознания, одышку, рвоту и судороги считают симптомами криза – резкого поднятия давления. От медицинской сестры требуется его снизить. Нужно уложить больного и поднять голову. Если есть рвота, то голову нужно повернуть набок. Важно обеспечить приток воздуха – открыть окно и расстегнуть одежду. Также можно поставить горчичники на икры и холодный компресс – на голову. Снизить давление поможет и успокаивающая беседа. Лекарственные препараты давать только по назначению врача.

Обморок.

В случае потери сознания, необходимы следующие шаги:

- размещение больного на горизонтальной поверхности и поднятие его ног,
- доступ свежего воздуха,
- измерение пульса и давления,
- легкие хлопки влажным полотенцем по лицу (можно немного брызнуть воды),
- поднесение ватного диска с нашатырным спиртом,
- последующие действия можно выполнять только после приезда врача.

Анафилактический шок.

При появлении симптомов, необходимо прекратить поступление аллергена в организм, если это возможно. Нужно срочно вызвать бригаду скорой помощи или врача. Далее, следует

алгоритм:

- фиксация времени появления первых симптомов шока,
- размещение пациента на спине, ноги поднять, если появилась рвота, то повернуть голову на бок, также требуется удаление зубных протезов,
- обеспечение венозного доступа,
- введение адреналина (0,5 мл) внутримышечно,
- обеспечение свободного доступа воздуха, при возможности – проведение кислородотерапии.

Во время оказания помощи, необходимо контролировать давление, пульс, дыхание. Все остальные мероприятия проводятся по назначению врача.

Астма и удушье.

Первым делом от медсестры требуется позвать врача и начать беседу с пациентом для его успокоения. Затем, необходимо посадить его и проследить, чтобы его руки в прямом положении опирались о колени. Также можно стоять, опершись на стол. В этом положении необходимо помочь больному восстановить дыхание. Губы сомкнуты, выдохи медленные, вдохи глубокие.

Сестринская помощь при приступе бронхиальной астмы – это также помощь в применении карманного ингалятора пациента. Нельзя превышать установленную дозу. Необходимо также обеспечить приток свежего воздуха.

Острый коронарный синдром (ОКС).

Если у больного появились симптомы ОКС, то медсестре нужно выполнить следующие действия:

- позвать врача или вызвать бригаду скорой помощи,
- уложить пациента с приподнятым головным концом,
- обеспечить доступ воздуха, при возможности провести кислородотерапию,
- провести оценку пульса, давления, частоты дыхательных движений,
- снять электрокардиограмму,
- далее выполнять назначения врача.

Коллапс.

Во-первых, нужно уложить пациента на ровную поверхность и поднять нижние конечности. Во-вторых, нужно его согреть. В этом помогут одеяло, грелка (к ногам), полуспиртовой раствор. Также нужно все время следить за давлением, дать кислород и расстегнуть одежду. Вводить лекарства можно только после назначения врача.

Сердечно-легочная реанимация (СЛР).

При остановке дыхания и кровообращения, необходима СЛР. Алгоритм заключается в следующем:

- фиксация времени остановки сердца,
- сигнал тревоги. Медсестре нужно вызвать скорую помощь или реаниматолога,
- размещение больного на твердой поверхности,
- проведение непрямого массажа сердца,
- проведение искусственной дыхания,
- фиксация времени результата – это может быть восстановление дыхания, окончание реанимации или перевод на ИВЛ.

Для эффективного оказания медицинской помощи персонал обязан обладать глубокими теоретическими знаниями и владеть хорошо отработанными практическими навыками. Все медработники должны знать, как вести себя в критических ситуациях. Для этого они регулярно должны проходить обучение: курсы повышения квалификации, семинары, мастер-классы, совершенствуя свои знания. Также необходимо проходить практическое обучение для закрепления результатов и отработки алгоритмов.

Если нарушается дыхание, случается обморок, останавливается сердце или происходит удушье, то человек оказывается на грани жизни и смерти. Грамотные действия медицинской сестры могут его спасти.

Одной из важнейших сторон профессиональной подготовки медицинской сестры является её психологическое развитие. Стрессоустойчивость, внимательность и способность быстро принять верное решение помогают предотвратить панику, сохранять спокойствие и уверенность в экстремальной ситуации, грамотно оценивать обстановку и оперативно действовать.

Развитие медицины способствует внедрению новейших технологий и методик в работу медицинских учреждений. Средства автоматизации процессов позволяют медсестре своевременно получать доступ к информации о пациентах, контролировать динамику изменений состояния больных и оперативно передавать данные врачам.

Эффективность оказания доврачебной неотложной помощи медицинскими сёстрами значительно повышает шансы пациентов на благоприятный исход лечения.

Список литературы:

1. Алябьева Н.А., Стародубцева Е.И. Организация и оказание скорой медицинской помощи: Учеб.-методич. пособие. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. — 280 с.
2. Барсуков Ю.В., Домбровский В.Ю. Первая помощь и основы ухода за больными: Практическое руководство для среднего медицинского персонала. — СПб.: СпецЛит, 2024. — 352 с.
3. Волошин Р.Б., Демидов К.М. Сердечно-легочная реанимация: Руководство для фельдшеров и медсестер. — Новосибирск: Наука-Пресс, 2023. — 176 с.

КАМЕННЫЕ СТРАДАНИЯ: ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА НА СКОРОЙ

*Студентка Тетяева Дарья
Научный руководитель преподаватель Фролькис Л.С.
г. Москва, ГБПОУ «МК №1»*

Скорая медицинская помощь является важнейшим звеном системы здравоохранения, призванным оказывать экстренную помощь при состояниях, угрожающих жизни и здоровью человека. Ежегодно система СМП обрабатывает колоссальное количество вызовов, достигающее 41 миллиона, из них 11 миллионов завершаются экстренной госпитализацией пациентов. Среди многообразия причин для обращения, урологические патологии составляют 4%-5% от всех ежегодных вызовов, что эквивалентно примерно 1,64-2,05 миллионам обращений в год. Их характерной особенностью является часто острое начало, выраженный болевой синдром, потенциальная угроза для функций почек и мочевыделительной системы, а в некоторых случаях и для жизни пациента. От острой задержки мочи, урологических травм и пиелонефрита до острых форм орхита и эпидидимита – все эти состояния требуют от бригады СМП не только глубоких теоретических знаний, но и умения быстро ориентироваться в клинической ситуации для своевременной диагностики и адекватного купирования симптомов. Эффективность и оперативность действий на догоспитальном этапе во многом определяют дальнейший прогноз и успех лечения. Среди всего многообразия урологических неотложных состояний на догоспитальном этапе особое место и доминирующую позицию занимает почечная колика. Согласно статистике, она составляет около 90% всех случаев урологических патологий, требующих вызова СМП. Это означает, что от 1,48 до 1,85 миллиона вызовов ежегодно может быть связано именно с почечной коликой. Её стремительное развитие и крайне выраженный болевой синдром делают почечную колику одной из ведущих причин обращений за неотложной медицинской помощью, требующей незамедлительного и грамотного вмешательства фельдшера. Анализ демографических данных выявляет существенные различия в частоте встречаемости почечной колики между полами:

- У мужчин уровень заболеваемости или доля в общем числе случаев составляет 20%.
- У женщин этот показатель значительно ниже, варьируя в пределах 5%.

Что касается детского населения, ПК затрагивает в возрасте от 3 до 11 лет

Актуальность исследования обусловлена высокой распространенностью почечной колики в популяции, с тенденцией к увеличению числа пациентов с данной патологией и значительным влиянием на качество жизни больных. По данным различных исследований, от 5 до 15% населения различных стран сталкиваются с мочекаменной болезнью в течение жизни, а среди них значительная часть пациентов испытывает приступы почечной колики. Особенно часто заболевание выявляется у лиц в трудоспособном возрасте (20-50 лет), что оказывает существенное социально-экономическое воздействие, связанное с временной утратой трудоспособности и необходимостью длительного лечения. Своевременная диагностика и адекватное лечение играют ключевую роль в профилактике осложнений и рецидивов заболевания. Таким образом, изучение почечной колики представляет собой важную и актуальную задачу в области медицины, направленную на улучшение диагностики, лечения и профилактики этого распространённого и социально значимого заболевания [2].

Цель исследования: представить случай из клинической практики пациента с почечной коликой и проанализировать трудности диагностики и оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе при данной патологии.

Почечная колика (ПК) — состояние, характеризующееся нарушением оттока мочи по верхним мочевыводящим путям, приводящее к повышению давления в чашечно-лоханочной системе и нарушению кровоснабжения почки, сопровождающееся резким болевым приступом. Почечная колика возникает внезапно на фоне общего благополучия, без видимых причин, днём или ночью, в состоянии покоя или при движении.

Несмотря на значительный прорыв, как в диагностике, так и в лечении, почечная колика продолжает занимать лидирующее место среди всех случаев экстренной госпитализации в урологический стационар. ПК возникает, когда из-за нарушения оттока мочи из почки в мочевой пузырь повышается давление в почечной лоханке и нарушается кровоснабжение почки. Основная причина этого состояния — камень в почке или в мочеточнике при мочекаменной болезни (встречается в 80–90 % случаев).

Кроме того, почечная колика может быть вызвана: острым и хроническим пиелонефритами (обструкция мочеточника продуктами воспаления – слизью, фибрином, эпителием, лейкоцитами), опухолью почки (гематурия в виде сгустков), туберкулезом почки (некротическая ткань сосочка), травмой почки (сгустки крови или внешнее сдавление верхних мочевых путей урогематомой), опухолями забрюшинного пространства и малого таза, обуславливающими сдавление мочевые пути извне, аллергическими заболеваниями, нефроптозом, опухолями предстательной железы у мужчин и шейки матки у женщин.

В 5 % случаев мочеточник перекрывается тромбом, фрагментом опухоли почки или сгустком слизи, который может образоваться при воспалении почек или мочевыводящих путей. Другие заболевания почек, в частности пиелонефрит и стриктура (сужение) лоханочно-мочеточникового сегмента, вызывают почечную колику примерно в 10 % случаев. Воспалительные заболевания малого таза у женщин, например, аднексит (воспалительное заболевание придатков матки), приводят к почечной колике в 5 % случаев. Причиной развития почечной колики могут быть медицинские манипуляции. К ним относят повреждения мочеточника во время хирургического вмешательства: при операциях на органах мочеполовой системы (при трансуретральной резекции мочевого пузыря, контактной литотрипсии и др.), операциях на органах малого таза (кесарева сечения у женщин и др.). Однако такое осложнение объясняет только 1–2 % всех случаев почечной колики [4].

В результате обструкции повышается давление мочи в верхних мочевых путях, что способствует развитию расстройств почечной гемодинамики. Снижается тонус почечных вен и возникает спазм интраорганных артерий, нарушается отток лимфы из почки, развивается интерстициальный отек почки. Объем почки увеличивается, происходит ущемление почки в собственной фиброзной капсуле, так как последняя не способна к растяжению. Это ведет к развитию гипоксии почечной паренхимы и верхних мочевых путей, что еще больше усиливает расстройства уродинамики.

Основным симптомом почечной колики является боль, характеризующаяся следующим образом: внезапная, постоянная и схваткообразная боль с одной стороны (редко – с обеих сторон), продолжительностью от нескольких минут до 10–12ч. Боль локализуется в поясничной области и/или в подреберье; у детей младшего возраста – в области пупка, острый приступ боли длится 15–20 минут, она часто сопровождается рвотой. Возможно повышение температуры тела до 37,2–37,3 °С. Иррадиация боли зависит от локализации камня, который останавливается чаще в местах физиологических сужений мочеточника: лоханочно-мочеточниковый сегмент- иррадиация в мезогастральную область; перекрест мочеточника с подвздошными сосудами – паховая область и наружная поверхность бедра; юкставезикальный (предпузырный) отдел – могут быть ложные позывы к дефекации и учащенное мочеиспускание; интрамуральный отдел (внутри стенки мочевого пузыря) – боль иррадирует в головку полового члена и может сопровождаться учащенным мочеиспусканием, болями в уретре.

Боль, особенно в первые 1,5–2 ч, заставляет метаться, принимать вынужденное положение: пациенты стараются согнуться, кладя руку на поясничную область, в которой ощущается нестерпимая боль, что, как правило, не приносит облегчения. Почечную колику могут сопровождать другие симптомы: тошнота, рвота, не приносящие облегчения (возникают почти одновременно с болью), гематурия (макро-, микро), дизурия, умеренное повышение АД, олиго- и анурия, парез кишечника разной степени выраженности, головокружение и обморок, брадикардия [6].

После прекращения приступа у пациентов сохраняется тупая боль в поясничной области, но они чувствуют себя лучше и возвращаются к привычному образу жизни. Колики, вызванные коралловидными камнями и большими конкрементами, как правило, не так резки и весьма скоротечны.

Лечение заключается в купировании почечной колики: следует уложить больного в постель, провести успокаивающую беседу. При почечной колике следует немедленно выполнить обезболивание (НПВС являются препаратами выбора). Для купирования боли при неэффективности НПВС (нестероидные противовоспалительные средства) применяют ненаркотические анальгетики и их комбинации со спазмолитиками: Дротаверин (Но-шпа) в дозе 40 мг (2 мл) в/венно; Кеторолак в дозе 30 мг (1 мл) в/венно или Кетопрофен 100 мг (2 мл) в/венно или Метамизол натрия + питофенон + фенпивериния бромид 5 мл в/венно. Взрослым и подросткам старше 15 лет вводят внутривенно медленно 2 мл со скоростью 1 мл в течение 1 мин или внутримышечно в дозе 2–5 мл. Перед введением инъекционный раствор следует согреть в руке. При невозможности применения НПВС или отсутствии эффекта: Трамадол 100 мг (2 мл) в/венно. Для беременных и родильниц препаратом выбора является Парацетамол в дозе 500 мг внутрь. Противорвотные средства: Метоклопрамид (Церукал): 10 мг в/м или в/в [1,3].

Госпитализации в стационар для последующего обследования и лечения подлежат больные в случае почечной колики, не купируемой в течение 1 ч или возобновившейся в течение 1 ч после купирования; наличия единственной почки; двусторонней почечной колики; беременности; сомнения в правильности постановки диагноза (особенно у лиц старше 60 лет, которые могут иметь сходные симптомы при расслаивающей аневризме аорты).

Материалы и методы исследования. Практическое исследование включает изучение статистических данных по картам вызовов СП по поводу урологических заболеваний и, в частности, по поводу почечной колики. Также в данной статье представлен клинический случай пациента с почечной коликой, наблюдаемый во время прохождения производственной практики в ГБУЗ ДЗМ «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С.Пучкова». Для анализа использовались: карта вызова, данные опроса и осмотра, результаты лабораторно-инструментальных исследований.

Результаты исследования. Для проведения исследования было проанализировано 55 карт вызова скорой помощи к пациентам с острой урологической патологией. Число

госпитализированных мужчин – пациентов было почти в 3 раза больше, чем женщин. Распределение наиболее распространенных острых урологических заболеваний среди этих пациентов выявилось следующим образом (рис.1):

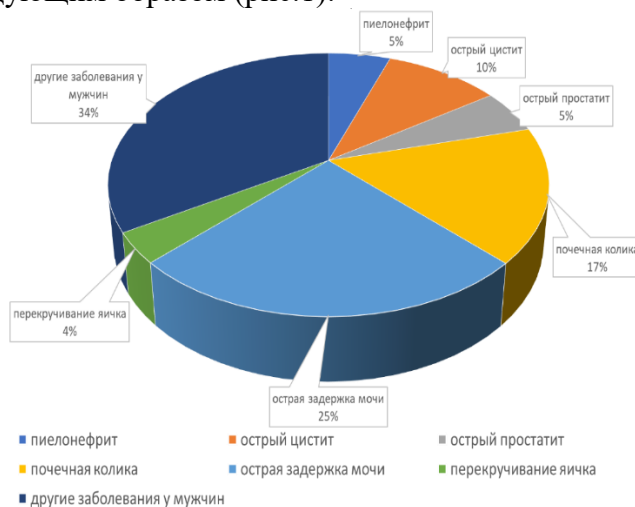


Рисунок 1 – Госпитализированные пациенты с острой урологической патологией

- острая задержка мочи диагностирована в 25% случаев
- почечная колика с выраженным болевым синдромом и нарушением функции почек – в 17%
- пациенты с пиелонефритом составили 5%, острым циститом – 10% и перекрутом яичка -4%
- острый простатит выявлен у 5%
- отдельно выделена категория «Другие заболевания у мужчин», включающие разнообразные патологии, количество пострадавших составляет – 34%.

Также при проведении анализа карт вызовов рассматривалась частота применения различных лекарственных препаратов при оказании неотложной помощи пациентам с почечной коликой (рис.2). Приведённая информация даёт представление о выборе анальгетической терапии в зависимости от клинической ситуации. Анализируя представленные данные, можно выделить следующую картину распределения медикаментов:

- наиболее часто используется препарат Спазмалин, количество введений которого составляет 49,09% случаев. Этот факт объясняется его спазмолитическим действием, позволяющим эффективно купировать боль путём расслабления гладкой мускулатуры мочевыводящих путей.
- препараты Кеторолак и Кетопрофен применяются примерно одинаково часто — по 16,36% введений каждый. Эти препараты относятся к группе нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), обладающих обезболивающим эффектом.
- Трамадол применяется реже остальных — всего 18,18% случаев. Несмотря на его эффективность в качестве сильного анальгетика, фельдшера Скорой помощи чаще предпочитают НПВС и спазмолитики ввиду меньшего количества побочных эффектов и противопоказаний.

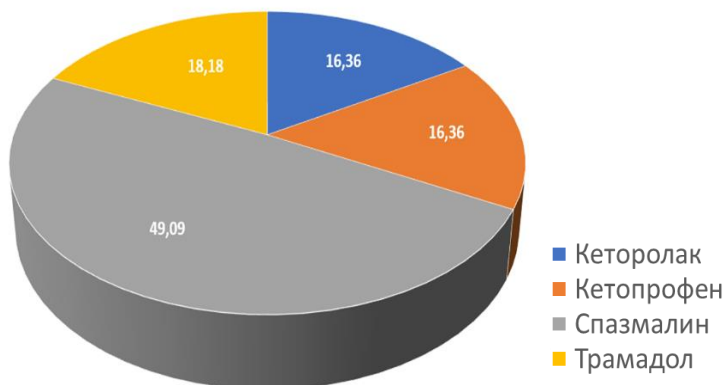


Рисунок 2 – Лекарственные средства, вводимые на догоспитальном этапе

Клинический случай. Пациентка Н., 25 лет, повод к вызову – боль в пояснице. Прибывшая бригада СМП фиксирует: жалобы на приступ интенсивных, ноющих болей в пояснице справа с иррадиацией в промежность, не связанную с движением тела, на учащенное мочеиспускание малыми порциями, тошноту, общее плохое самочувствие, мочу кровавого цвета. Со слов пациентки, данные жалобы возникли внезапно, час назад, на фоне благополучия. До СМП принимала НО-ШПА (без эффекта), за медицинской помощью до настоящего момента не обращалась, подобное состояние впервые, в анамнезе хронические заболевания отрицает. Аллергоанамнез без особенностей. Последняя менструация 25.10.2025г., хронические гинекологические заболевания отрицает. При объективном обследовании: общее состояние: средней тяжести, сознание ясное, по шкале Глазго – 15 баллов. Поведение беспокойное. Кожные покровы: сухие, обычной окраски, тургор сохранен. $t^{\circ}C = 36,4$. ЧДД – 18 в минуту, пульс 78 уд.в мин., ритмичный, наполнение удовлетворительное, ЧСС 78 уд. в мин. АД -120/80мм.рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот напряжен во всех отделах, форма правильная, безболезненный во всех отделах при пальпации. Положительных симптомов нет. Мочеиспускание учащенное, малыми порциями, безболезненное, макрогематурия. Симптом поколачивания резко положительный справа, отрицательный слева.

Оказанная помощь и ее эффект: раствор Спазмалина 5 мл внутривенно в разведении 0,9% раствора натрия хлорида. После терапии, через 10 минут, самочувствие пациентки улучшилось, боль купирована. Общее состояние средней тяжести, сознание ясное, ШКГ 15 баллов, АД 120/80 мм.рт.ст., ЧСС 70 в минуту, ЧДД 16 в минуту.

В соответствии с разделом алгоритмов урология, в связи с наличием макрогематурии, пациентка доставлена в ГКБ. За время транспортировки ухудшения в состоянии больной не отмечалось.

Заключение. Таким образом, заболевания мочевых путей занимают значительную долю среди всех обращений за неотложной помощью. Особенно выделяется острая задержка мочи и почечные колики. Отмечается значительная разница в обращаемости мужчин и женщин, что подчеркивает важность дифференцированного подхода к лечению. Почечная колика требует быстрого распознавания и эффективного купирования боли на догоспитальном этапе. Внедрение стандартизированных алгоритмов, повышение квалификации бригад и доступ к инструментальной диагностике помогут снизить осложнения, частоту госпитализаций и социально-экономическое бремя заболевания.

Список литературы:

1. Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 18.05.2023 № 535 «Об утверждении Алгоритмов оказания скорой и неотложной медицинской помощи больным и пострадавшим бригадами службы скорой медицинской помощи города Москвы».
2. Приказ Минздрава России от 10.06.2021 № 548н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при почечной колике».
3. Алгоритмы оказания скорой и неотложной медицинской помощи больным и пострадавшим бригадами службы скорой медицинской помощи города Москвы / Москва, 2023.
4. «Почечная колика в практике фельдшера: Практическое руководство» / Орлов, М. К., Смирнова, Е. В. – 2023. – 288 с.
5. «Почечная колика: Диагностика и неотложные состояния» / Иванов, П. С., Петрова, Е. В. – 2023. – 412 с.
6. «Урологические неотложные состояния: Фокус на почечной колике» / Сидоров, Д. А. – 2021.

ЗАКРЫТАЯ ТРАВМА ЖИВОТА: АЛГОРИТМ, КОТОРЫЙ СПАСАЕТ ЖИЗНЬ

*Студентка Чинилина Елизавета
Научный руководитель преподаватель Фролькис Л.С.
г. Москва, ГБПОУ «МК №1»*

Актуальность. Закрытая абдоминальная травма представляет собой серьезную задачу для специалистов в областях травматологии, неотложной помощи, анестезиологии и реанимации, а также смежных дисциплин. В мирное время повреждения брюшной полости составляют от 4% до 5,5% всех травм. Закрытые травмы составляют до 4% этих случаев, в то время как открытые травмы живота – около 1,5%. За последнее десятилетие количество пациентов с закрытыми травмами живота возросло в 3,1-3,5 раза. Наиболее частыми причинами закрытых повреждений органов брюшной полости в мирное время являются бытовые и производственные травмы (53,1-55,7%), дорожно-транспортные происшествия (7,1-33,3%), падения с высоты (9,0-13,1%) и спортивные травмы (1,3-7,8%). В настоящее время изолированные травмы живота встречаются примерно в 1,5 раза реже, чем сочетанные повреждения (31,0 – 36,3% и 69,0 – 70,0% соответственно). Решающее значение для благоприятного исхода лечения при закрытой травме живота имеет быстрота и правильность предоставления экстренной медицинской помощи на ранних стадиях, ответственность за которую возлагается на фельдшера неотложной помощи.

Несмотря на прогресс в хирургическом лечении травм и обновление оборудования в больницах, решающее значение для исхода лечения травмированных по-прежнему имеет помощь, оказанная до поступления в стационар. Это превращает догоспитальный этап в ключевой фактор повышения результативности лечения любых видов закрытых абдоминальных травм.

Цель исследования: проанализировать принципы оказания неотложной помощи при закрытой травме живота на догоспитальном этапе.

Закрытая травма живота возникает из-за сильного прямого удара в брюшную полость или мощного непрямого инерционного влияния на внутренние органы. Паренхиматозные органы с плотной структурой, надежно закрепленные и с интенсивным кровоснабжением (в частности, печень, селезенка и почки), наиболее подвержены повреждениям при этих воздействиях. [1]. Разрыв этих органов приводит к возникновению кровоизлияний, сопровождающихся активным или уже прекратившимся кровотечением. Кровь при этом способна изливаться непосредственно в брюшную полость (в случаях повреждений печени или селезенки) либо в забрюшинное пространство (при травмах почек, поджелудочной железы, аорты, нижней полой вены и прочих сосудов). При подобных повреждениях может возникнуть картина внутреннего кровоизлияния, довольно часто сопровождающаяся травматическим шоком. В ряде ситуаций не исключен разрыв органов пищеварительной системы, расположенных в брюшной полости, например, желудка или кишечника, что приводит к развитию вторичного травматического перитонита, характеризующегося выраженными перитонеальными признаками. К таким признакам относятся сильная боль, ригидность мускулатуры передней брюшной стенки, а также положительные симптомы раздражения брюшины. Нередко указанные повреждения наблюдаются в комбинации друг с другом [2].

Основная причина закрытых травм живота – дорожно-транспортные происшествия. Другая распространенная этиология - падения (кататравма), несчастные случаи на производстве или во время отдыха, бытовые конфликты и нападения. Редкие причины закрытых травм живота - ятрогенная травма во время сердечно-легочной реанимации и маневра Геймлиха.

У мужчин подобные травмы встречаются несколько чаще, чем у женщин. В большинстве случаев, травмы живота сочетаются с другими типами повреждений, такими как черепно-мозговые травмы, переломы костей таза и ребер.

При закрытой травме живота чаще всего диагностируются два основных комплекса симптомов: признаки повреждения внутренних органов или признаки повреждения полых органов. Первый тип характеризуется симптомами сильной кровопотери и наличием жидкости в брюшной полости без значительной боли в животе и признаков раздражения брюшины, а второй тип – сильным дискомфортом и клинической картиной перитонита.

Болевой синдром является одним из основных симптомов исследуемой травмы и его выраженность определяется присутствием или отсутствием в органах и тканях болевых рецепторов.

На различных этапах эвакуации пациента используют различные мнемонические формулы:

- **MIST** (Mechanism, Injury, Signs, Treatment) - механизм травмы, достоверные и предполагаемые повреждения, признаки/показатели, наблюдение и проводимое лечение

- **ATMIST** (Age, Time of Injury / Illness, Mechanism, sustained or suspected Injury, Signs, including observations and monitoring of Treatment given) – возраст, время с момента травмы, механизм травмы, повреждения, признаки/показатели, лечение (см. MIST) [3].

Сбор анамнеза по системе «AMPLE(M)»:

- **Allergies** – Аллергии;
- **Medications currently used** – Принимаемые на момент осмотра медикаменты;
- **Past illness/ Pregnancy** – Перенесенные заболевания / Беременность;
- **Last meal** – Последний прием пищи;
- **Events/ Environment related to the injury** – Условия внешней среды, в которых получена травма;
- **Mechanism /blunt/penetrating/burns/cold/hazardous environment** – Механизм и обстоятельства травмы (ранение огнестрельным или холодным оружием, травмирование металлическими, бетонными или деревянными конструкциями, стеклом, избиение, падение с высоты, ДТП и т.д.).

ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Neurological Disability and Exposure/Environment/Excretion) – проверка проходимости дыхательных путей с иммобилизацией шейного отдела позвоночника, вентиляция и оксигенация, гемодинамика и контроль кровотечения, неврологический статус, детальный осмотр/окружающая среда, согревание/катетеризация желудка и мочевого пузыря. Протокол включает следующее:

A – (airway): проверка проходимости дыхательных путей с иммобилизацией шейного отдела позвоночника

- Установить иммобилизацию головы и шеи ручным методом или шейным воротником
- Оценить состояние сознания пациента: пациент в адекватен и активно вступает в вербальный контакт = адекватная проходимость дыхательных путей, приемлемое дыхание и адекватная церебральная оксигенация.
- Проверить дыхательные пути на наличие обструкции/инородного тела
- Быстро обследовать шею на наличие повреждений дыхательных путей

B – (breathing): вентиляция и оксигенация

- Освободить голову и грудную клетку (голова и шея иммобилизованы)
- Установить параметры вентиляции
- Осмотреть и пальпировать шею и грудную клетку для исключения девиации трахеи, патологической подвижности грудной клетки. Исследовать на наличие видимых повреждений
- Перкуссия грудной клетки
- Аускультация грудной клетки (с обеих сторон в III межреберном промежутке по среднеключичной линии, в VI - по передней подмышечной)

C – (circulation & hemorrhage control): гемодинамика и контроль кровотечения

- Исключить наличие источника наружного кровотечения
- Цвет кожных покровов (центральный и периферический цианоз)
- Пульс: частота, наполнение, парадоксальный пульс
- Артериальное давление (по пульсу на лучевой артерии - 90 mmHg, бедренной артерии - 70 mmHg, сонной - 60 mmHg)
- Аускультация сердечных тонов (исключение травмы клапанного аппарата сердца, тампонады)
- Поиск других источников кровотечения (включает лапароцентез/скопию)
- предполагать в первую очередь гиповолемический шок при отсутствии данных за другие виды (кардиогенный, перераспределительный)

D – (neurological Disability): неврологический статус

- Определение уровня сознания (Glasgo Coma Scale – Шкала Комы Глазго)
- Размер зрачков, фотореакция
- очаговая неврологическая симптоматика (очаговое изменение мышечного тонуса)
- КТпоказаниям

E – (exposure/enviroment/excretion):

Детальный осмотр, внешняя среда, катетеризация/декомпрессия

- Полностью осмотреть пациента
- Предотвратить гипотермию, согревание пациента
- Декомпрессия желудка зондом. Проведение через нос противопоказано при переломе основания черепа, решетчатой кости
- Катетер Фоллея, общий анализ мочи, мониторинг диуреза (не менее 50 мл/час для взрослого или 0,75 мл/кг/час для ребенка).

Для обследования пациента с закрытой травмой живота на догоспитальном этапе в настоящее время используется УЗИ и FAST- протокол (Focused Assessment with Sonography in Trauma - Целенаправленное сонографическое обследование при травмах).

У пациента с изолированной закрытой травмой живота и сочетанной травмой с помощью FAST-протокола можно быстро определить свободную внутрибрюшную жидкость

Для пациентов с постоянной болью или пальпаторной болезненностью или у тех, у кого развиваются перитонеальные симптомы, FAST может рассматриваться как дополнительная мера к компьютерной томографии, DPL или физикальному обследованию.

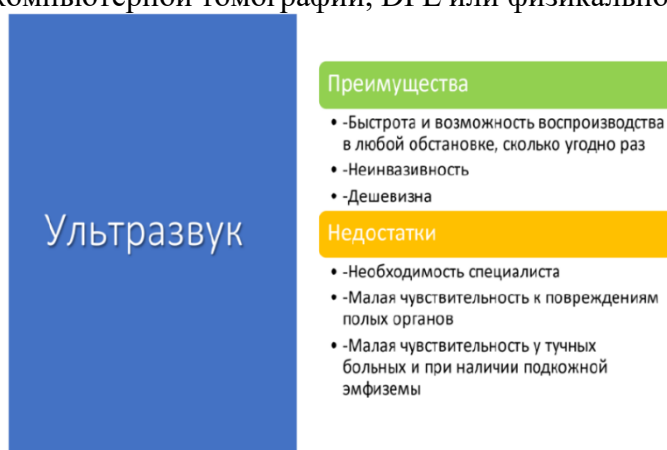


Рисунок 1 – Преимущества и недостатки ультразвукового исследования

Догоспитальная помощь направлена на быстрое выявление опасных для жизни проблем, проведение реанимационных мероприятий (ресусцитации) и своевременную транспортировку в специализированный стационар.

Объем медицинской помощи при ЗТЖ включает в себя следующие мероприятия:

- Эндотрахеальная интубация на догоспитальном этапе, чтобы обезопасить дыхательные пути любого пациента, у которого есть потенциальные угрозы проходимости дыхательных путей.
- Обеспечение проходимости дыхательных путей в сочетании с иммобилизацией шеи у

любого пациента, у которого потенциально может быть травма шеи.

- Для пациентов с нарушенным дыханием необходимо проводить искусственную вентиляцию легких с высокой фракцией кислорода (FIO₂) во вдыхаемой смеси, поддерживать сатурацию кислородом (SaO₂) на уровне более 90–92%.

- Наружное кровотечение редко бывает связано с закрытой травмой живота. Если присутствует внешнее кровотечение, необходимо остановить его прямым сдавливанием.

- Необходимо помнить о внутрибрюшном кровотечении всякий раз, когда признаки геморрагического шока обнаруживаются при отсутствии внешнего кровотечения.

- Необходимо как можно раньше начать объемную реанимацию кристаллоидным раствором; однако никогда не следует откладывать транспортировку пациента, пока проводится инфузия. Во время транспортировки больным с шоком вводят раствор Рингера или физиологический раствор. Внутривенную инфузионную терапию проводят в соответствии с реакцией пациента на лечение. Поскольку чрезмерная объемная инфузионная терапия может привести к повторному кровотечению или его усилению, внутривенное введение жидкости следует титровать до систолического артериального давления 90–100 мм рт. Эта практика должна обеспечивать среднее кровяное давление, необходимое для поддержания перфузии жизненно важных органов [5].

- Важно обеспечить оперативную и полную иммобилизацию позвоночника у пациентов с сочетанными повреждениями и у пациентов с механизмом повреждения, который может потенциально привести к травме спинного мозга. Обычно, это достигается укладыванием пострадавших на специализированные многофункциональные жесткие щиты с большим количеством поручней для транспортировки пострадавшего без риска смещения пораженных структур при переключении, переворачивании и т. д.

Материалы и методы исследования. Практическое исследование включает изучение статистических данных по картам вызовов СП по поводу закрытой травмы живота (данные ГБУЗ ДЗМ «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С.Пучкова»).

Результаты исследования.

Всего исследовано 9 карт вызовов за период октябрь - ноябрь 2025г. Карты вызовов исследовались по направлениям проводимого обследования и оказания неотложной помощи. Закрытая травма живота встречалась в 34% случаев от общего количества травм, 25% - закрытая травма живота с внутрибрюшным кровотечением, в 41% случаев – комбинированная травма: закрытая травма живота с черепно-мозговой травмой. У 56% пациентов с закрытой травмой живота развивался травматический шок. В 48% случаев вводили допамин внутривенно для повышения АД, в 52% - раствор норадреналина.

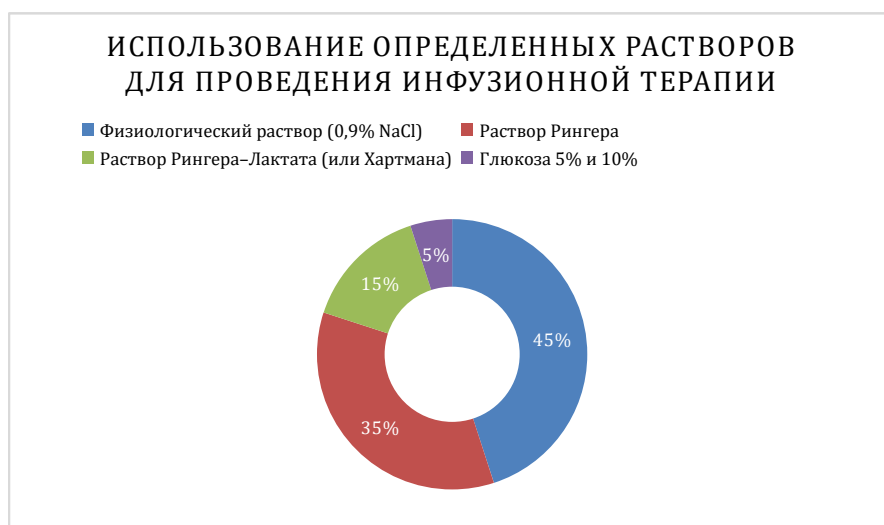


Рисунок 2 – Инфузионная терапия при закрытой травме живота на догоспитальном этапе



Рисунок 3 – Поддержание проходимости дыхательных путей

Заключение. Закрытая травма живота – это повреждения брюшной полости и забрюшинного пространства без нарушения целостности кожных покровов. Возникают вследствие внешних ударов, приводящих к нарушению структуры или работы внутренних органов. Основными причинами являются травмы, полученные в ДТП, при падениях, на производстве, во время активного отдыха, а также в результате насильственных действий. Клиническая картина многообразна и проявляется в зависимости от характера, локализации повреждений и времени, прошедшего с момента травмы.

В зависимости от поражения полых и паренхиматозных органов клиническая картина различается. При повреждениях полых органов на первый план выступает клиническая картина перитонита, а при повреждениях паренхиматозных органов – картина внутреннего кровотечения.

Ввиду опасности развития угрожающих жизни осложнений все пациенты с закрытой травмой живота подлежат особому вниманию, большая часть пострадавших должна быть немедленно госпитализирована в стационар.

Диагностика закрытой травмой живота сложна и включает целый комплекс мероприятий. Современные методы, в частности, УЗИ и FAST-протокол значительно повышают эффективность диагностики на догоспитальном этапе. От этого зависит и эффективность оказания помощи вне медицинской организации, что подтверждает актуальность выбранной темы исследования.

Список литературы:

1. Багненко С. Ф. Закрытые повреждения живота при сочетанной механической травме, сопровождающейся шоком/ Под ред. С. Ф. Багненко. - СПб.- 2020. – 20 с.
2. Верткин, А.Л. Скорая медицинская помощь. Руководство для фельдшеров. / А.Л. Верткин. – Москва. - ГЭОТАР-Медиа. - 2020.
3. Демко А.Е. Закрытые повреждения живота. Руководство для врачей / А.Е. Демко, А.Н. Тулупов, В.А. Мануковский.- ГЭОТАР-Медиа. - 2021. – 38 с.
4. Демко А.Е. Абдоминальная хирургия. Национальное руководство / А.Е. Демко, А.Н. Тулупов, В.А. Мануковский.- ГЭОТАР-Медиа. - 2021. – 51 с.
5. Нечипорук, В. М. Диагностические и тактические ошибки при закрытой травме живота и их предупреждение. / В.М. Нечипорук, В.П. Островский, М.С. Полибудкин // Клиническая хирургия. – 2020. – № 4.
6. Товмасын, Р. С. Закрытая травма живота: метод. рекомендации / Р.С. Товмасын. Г. Мурадян; под ред. А. А. Щеголева. Москва.- ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России. - 2021. – 41 с.

ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СОСТОЯНИЯХ И ЗАБОЛЕВАНИЯХ, УГРОЖАЮЩИХ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЮ

Преподаватель Арсланова Г.Р.

г. Стерлитамак, ГАПОУ РБ «Стерлитамакский медицинский колледж»

Оказание первой помощи пострадавшим при различных состояниях и заболеваниях, угрожающих жизни и здоровью, регламентируется приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 мая 2024 г. N 220н «Об утверждении порядка оказания первой помощи».

Порядок оказания первой помощи:

1. Первая помощь оказывается пострадавшим при несчастных случаях, травмах, ранениях, поражениях, отравлениях, других состояниях и заболеваниях, угрожающих жизни и здоровью пострадавших до оказания медицинской помощи.
2. Первая помощь оказывается в соответствии с настоящим Порядком, если иное не предусмотрено федеральными законами или иными порядками оказания первой помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации.
3. Первая помощь может оказываться непосредственно на месте происшествия, в безопасном месте после перемещения пострадавшего с места происшествия, а также во время транспортировки пострадавшего в медицинскую организацию.
4. Первая помощь оказывается при условии отсутствия угрожающих факторов жизни и здоровью оказывающего её лица.
5. Оказание первой помощи допускается, если отсутствует выраженный до начала оказания первой помощи отказ гражданина или его законного представителя от оказания первой помощи.
6. Первая помощь оказывается в соответствии с перечнем мероприятий по оказанию первой помощи и последовательностью их проведения.
7. Мероприятия по оказанию первой помощи, предусмотренные Перечнем, могут проводиться в полном объёме либо в виде отдельных мероприятий.
8. Первоочерёдность оказания первой помощи двум и более пострадавшим определяется исходя из тяжести их состояния, при этом приоритет должен отдаваться детям (несовершеннолетним).
9. При оказании первой помощи используются укладки, наборы, комплекты и аптечки для оказания первой помощи с применением медицинских изделий и (или) лекарственных препаратов, требования к комплектации которых утверждаются Министерством здравоохранения Российской Федерации.
10. При оказании первой помощи могут использоваться подручные средства.

Перечень состояний, при которых оказывается первая помощь:

- 1) Отсутствие сознания.
- 2) Остановка дыхания и (или) остановка кровообращения.
- 3) Нарушение проходимости дыхательных путей инородным телом и иные угрожающие жизни и здоровью нарушения дыхания.
- 4) Наружные кровотечения.
- 5) Травмы, ранения и поражения, вызванные механическими, химическими, электрическими, термическими поражающими факторами, воздействием излучения.
- 6) Отравления.
- 7) Укусы или ужаления ядовитых животных.
- 8) Судорожный приступ, сопровождающийся потерей сознания.
- 9) Острые психологические реакции на стресс.

Перечень мероприятий по оказанию первой помощи и последовательность их

проведения:

1. Проведение оценки обстановки и обеспечение безопасных условий для оказания первой помощи:

- определение факторов, представляющих непосредственную угрозу для собственной жизни и здоровья, жизни и здоровья пострадавшего (пострадавших) и окружающих лиц;
- устранение факторов, представляющих непосредственную угрозу для жизни и здоровья пострадавшего (пострадавших), а также участников оказания первой помощи и окружающих лиц, в том числе предотвращение дополнительного травмирования пострадавшего (пострадавших);
- обеспечение собственной безопасности, в том числе с использованием средств индивидуальной защиты (перчатки медицинские, маска медицинская);
- оценка количества пострадавших;
- устное информирование пострадавшего и окружающих лиц о готовности оказывать первую помощь, а также о начале проведения мероприятий по оказанию первой помощи;
- устранение воздействия повреждающих факторов на пострадавшего;
- извлечение пострадавшего из транспортного средства или других труднодоступных мест;
- обеспечение проходимости дыхательных путей при их закупорке инородным телом;
- перемещение пострадавшего в безопасное место.

2. Проведение обзорного осмотра пострадавшего (пострадавших) для выявления продолжающегося наружного кровотечения. При необходимости осуществление мероприятий по временной остановке наружного кровотечения одним или несколькими способами:

- прямым давлением на рану;
- если прямое давление на рану невозможно, опасно или неэффективно (инородное тело в ране, открытый перелом с выступающими в рану костными отломками), наложение давящей повязки (в том числе с фиксацией инородного тела) и (или) кровоостанавливающего жгута;
- если кровотечение остановлено прямым давлением на рану - наложение давящей повязки;
- при обширном повреждении конечности, отрыве конечности, если кровотечение не останавливается при прямом давлении на рану и (или) давящая повязка неэффективна - наложение кровоостанавливающего жгута.

3. Определение наличия признаков жизни у пострадавшего:

- определение наличия сознания;
- при наличии сознания - проведение подробного осмотра и опроса пострадавшего;
- при отсутствии сознания - восстановление проходимости дыхательных путей посредством запрокидывания головы с подъёмом подбородка;
- определение наличия дыхания с помощью слуха, зрения и осязания.

4. Проведение сердечно-легочной реанимации и поддержание проходимости дыхательных путей:

4.1. При отсутствии у пострадавшего признаков жизни (дыхания, кровообращения):

- призыв окружающих лиц (при их наличии) для содействия оказанию первой помощи, вызов скорой медицинской помощи;
- проведение сердечно-легочной реанимации на твёрдой ровной поверхности;
- использование автоматического наружного дефибриллятора (при наличии);
- при появлении у пострадавшего признаков жизни - выполнение мероприятий по поддержанию проходимости дыхательных путей.

4.2. При наличии у пострадавшего признаков жизни (дыхания, кровообращения) и отсутствии сознания:

- выполнение мероприятий по поддержанию проходимости дыхательных путей посредством придания пострадавшему устойчивого бокового положения;
- в случае невозможности придания устойчивого бокового положения в результате травмы или других причин - запрокидывание и удержание запрокинутой головы пострадавшего с подъёмом подбородка;

- вызов скорой медицинской помощи (если вызов скорой медицинской помощи не был осуществлён ранее).

5. Проведение подробного осмотра и опроса пострадавшего (при наличии сознания) для выявления признаков травм, ранений, отравлений, укусов или ужаливаний ядовитых животных, поражений, вызванных механическими, химическими, электрическими, термическими поражающими факторами, воздействием излучения, и других состояний, угрожающих его жизни и здоровью:

- опрос пострадавшего;
- проведение осмотра головы;
- проведение осмотра шеи;
- проведение осмотра груди;
- проведение осмотра спины;
- проведение осмотра живота и таза;
- проведение осмотра конечностей.

6. Выполнение мероприятий по оказанию первой помощи пострадавшему в зависимости от характера травм, ранений, отравлений, укусов или ужаливаний ядовитых животных, поражений, вызванных механическими, химическими, электрическими, термическими поражающими факторами, воздействием излучения, и других состояний, угрожающих его жизни и здоровью:

- 6.1. При ранении грудной клетки - наложение окклюзионной (герметизирующей) повязки;
- 6.2. При отравлении через рот - промывание желудка путём приёма воды и вызывания рвоты;
- 6.3. При травмах, воздействиях излучения, высоких температур, химических веществ, укусах или ужаливаниях ядовитых животных - охлаждение;
- 6.4. При воздействиях низких температур - проведение термоизоляции и согревания;
- 6.5. При травмах различных областей тела - наложение повязок;
- 6.6. При травмах различных частей тела - проведение иммобилизации (обездвиживания) с использованием медицинских изделий или подручных средств; аутоиммобилизация или обездвиживание руками травмированных частей тела, для обезболивания и предотвращения осложнений;
- 6.7. При судорожном приступе, сопровождающемся потерей сознания, не препятствуя судорожным движениям, предотвращение дополнительного травмирования головы, после окончания судорожного приступа поддержание проходимости дыхательных путей, в том числе посредством придания пострадавшему устойчивого бокового положения.

7. Оказание помощи пострадавшему в принятии лекарственных препаратов для медицинского применения, назначенных ему ранее лечащим врачом.

8. Придание и поддержание оптимального положения тела пострадавшего.

9. Вызов скорой медицинской помощи (если вызов скорой медицинской помощи не был осуществлён ранее), осуществление контроля состояния пострадавшего (наличия сознания, дыхания, кровообращения и отсутствия наружного кровотечения), оказание пострадавшему психологической поддержки, перемещение, транспортировка пострадавшего, передача пострадавшего выездной бригаде скорой медицинской помощи, медицинской организации, специальным службам, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь в соответствии с федеральными законами или иными нормативными правовыми актами.

Список литературы:

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 мая 2024 г. N 220н «Об утверждении порядка оказания первой помощи».

ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО МОДУЛЯ «ОКАЗАНИЕ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ» В ГАПОУ «ЧИСТОПОЛЬСКОЕ МЕДИЦИНСКОЕ УЧИЛИЩЕ»

Преподаватель Артамонова И.А.

г. Чистополь, ГАПОУ «Чистопольское медицинское училище»

Современная система медицинского образования ставит перед собой задачу подготовки высококвалифицированных специалистов, способных эффективно оказывать доврачебную помощь при различных неотложных состояниях. В ГАПОУ "Чистопольское медицинское училище" одна из ключевых дисциплин — профессиональный модуль "Оказание доврачебной помощи при неотложных состояниях" — реализуется с учетом особенностей специальности "Лечебное дело" и особенностей работы с малокомплектными группами студентов.

Профессиональный модуль направлен на формирование у студентов комплекса знаний и практических навыков, позволяющих оказать первую помощь при острых и опасных для жизни состояниях. В программу входят следующие разделы:

- ✓ Основные принципы неотложной медицинской помощи.
- ✓ Оценка состояния пострадавшего и алгоритмы проведения первичного осмотра.
- ✓ Сердечно-легочная реанимация (СЛР) и использование автоматического дефибриллятора (AED).
- ✓ Помощь при кровотечениях, травмах, ожогах, обмороках.
- ✓ Действия при острых состояниях: инфаркт миокарда, инсульт, анафилактический шок.
- ✓ Этические и правовые аспекты оказания первой помощи.

Данный набор знаний отражает требования федерального образовательного стандарта и ориентирован на создание устойчивых умений, необходимых для реальных ситуаций.

Профессиональный модуль включает теоретические знания, практические навыки и ситуационные тренировки, необходимые для оказания первой помощи при неотложных состояниях, таких как остановка сердца, травмы, асфиксия и др. В учебную программу входит изучение алгоритмов действий, правил проведения реанимационных мероприятий, а также оказание первой помощи в различных условиях.

Студенты специальности "Лечебное дело" уже обладают базовыми медицинскими знаниями и навыками, что позволяет углубленно рассматривать вопросы первичной доврачебной помощи, а также использовать доработанные практические умения. Поэтому преподавание ориентировано на развитие самостоятельности, критического мышления и быстрого реагирования в экстремальных ситуациях. Важным является формирование не только механического исполнения алгоритмов, но и способности к быстрой оценке клинической ситуации и принятию решений.

Основные методы преподавания:

- ✓ Лекционные занятия и обсуждения — для объяснения теоретических аспектов и современных протоколов.
- ✓ Практические занятия и симуляции — использование манекенов, макетов и сценариев для отработки навыков.
- ✓ Ситуационные тренировки — разыгрывание сценариев неотложных состояний для формирования навыков быстрого реагирования.
- ✓ Обратная связь и оценка — регулярное тестирование и анализ ошибок для повышения профессиональной компетентности.

Особое внимание при изучении профессионального модуля уделяется отработке практических навыков. На занятиях применяется метод многоступенчатого обучения:

1. Демонстрация правильного выполнения действий преподавателем.
2. Пошаговое выполнение студентами с контролем и корректировкой.
3. Самостоятельное выполнение умений с оценкой и разбором ошибок.
4. Итоговые тренировки в условиях, максимально приближенных к реальным экстренным ситуациям.

Используются специальные манекены, стенды, видеоматериалы и мастер-классы по работе с аппаратами первой помощи.

Регулярные проверки знаний и умений помогают контролировать динамику освоения программного материала, выявлять проблемные участки и своевременно их корректировать.

Особенности работы в малокомплектной группе.

Обучение в малых группах (по 5–10 человек) в условиях Чистопольского медицинского училища стало отличительной чертой учебного процесса. Такая организация позволяет максимально индивидуализировать подход к каждому студенту и эффективно закреплять навыки. Преимущества:

- ✓ Возможность более глубокого контроля за состоянием и прогрессом каждого обучающегося.
- ✓ Высокая активность и вовлеченность студентов в учебный процесс.
- ✓ Персонализированная обратная связь и разбор ошибок с подробным объяснением.
- ✓ Формирование комфортной учебной атмосферы, снижающей стресс и повышающей уверенность при отработке практических навыков.

Для оптимальной реализации в условиях малых групп используются интерактивные методы: групповые дискуссии, модельные ситуации, самостоятельная подготовка. Это помогает студентам не только запомнить алгоритмы действий, но и научиться принимать решения в условиях ограниченного времени и ресурсов.

Профессиональный модуль "Оказание доврачебной помощи при неотложных состояниях" является ключевым в подготовке специалистов по специальности "Лечебное дело". В ГАПОУ "Чистопольское медицинское училище" он реализуется с учетом требований современных образовательных стандартов и специфики малокомплектного обучения. Использование комбинированных форм обучения, активных методов, современных технических средств и индивидуального подхода позволяет повысить качество освоения знаний и умений, обеспечить формирование профессиональной компетентности будущих специалистов. Постоянное совершенствование методов преподавания, адаптация учебного процесса к особенностям малочисленных групп и внедрение инновационных образовательных технологий являются залогом успешной подготовки квалифицированных кадров, что напрямую влияет на эффективность оказания доврачебной помощи в практике здравоохранения.

Список литературы:

1. Федеральный государственный образовательный стандарт среднего профессионального образования по специальности 31.02.01 "Лечебное дело". — М.: Минобрнауки России, 2020.
2. Методические рекомендации по обучению первой помощи. — М.: Министерство здравоохранения РФ, 2019.
3. Короткий В. В., Петрова А. Н. Основы оказания доврачебной помощи при неотложных состояниях / В. В. Короткий, А. Н. Петрова. — СПб.: СпецЛит, 2018.
4. Стандарты оказания доврачебной помощи в России / под ред. А. И. Смирнова. — М.: ГЭИ, 2021.
5. Гольдберг А. М. Практическая подготовка студентов медицинских колледжей: методические рекомендации. — М.: Медицина, 2017.
6. Организация учебного процесса в условиях малых групп / Под ред. И. В. Ивановой. — Казань: Академкнига, 2020.

ОКАЗАНИЕ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПРИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

*Преподаватели: Багрова Ж.В., Гладунова А.В.
Г. Самара, ГБПОУ «СМК им. Н. Ляпиной»*

Современные реалии здравоохранения ставят перед системой здравоохранения обязательное обеспечение высокого уровня доврачебной помощи пациентам с бронхолегочной патологией и сердечно-легочной недостаточностью. Медицинские работники среднего звена, оказывают ключевое влияние на своевременность диагностики, стабилизацию состояния и подготовку пациента к дальнейшему лечению. Однако эффективность их действий напрямую зависит от качества и объёма специализированного обучения.

Сегодня недостаточная подготовка и дефицит навыков у младшего и среднего медицинского персонала приводят к задержкам в оказании помощи, что увеличивает риск развития тяжёлых осложнений и повышает смертность на догоспитальном этапе. В условиях роста заболеваемости хроническими бронхолёгочными и сердечно-сосудистыми патологиями повышение квалификации, внедрение актуальных клинических протоколов и регулярные тренинги по доврачебной помощи становятся приоритетной задачей системы здравоохранения. Инвестиции в обучение медицинских сестёр обеспечивают значительное снижение летальности и улучшение качества жизни больных.

Сердечно-легочная недостаточность (СЛН) представляет собой сложный клинко-патофизиологический синдром, характеризующийся нарушением функции правого желудочка сердца, вызванным повышением давления в малом круге кровообращения — легочной гипертензией. В основе СЛН лежит сочетание поражений как со стороны сердечно-сосудистой, так и дыхательной системы, что обуславливает её высокую актуальность в клинической практике.

Этиология СЛН многообразна и включает несколько крупных групп причин. Основную роль играют бронхолегочные заболевания, на которые приходится около 80% случаев развития легочного сердца. К этим заболеваниям относятся хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ), хронический бронхит, бронхиальная астма, пневмония, туберкулёз, пневмосклероз, муковисцидоз и другие состояния, приводящие к снижению вентиляции и оксигенации легочной ткани.

Вторую по значимости группу составляют сосудистые поражения лёгких — тромбоэмболия легочной артерии, васкулиты, обструкция сосудов опухолями или атеросклеротическими бляшками, которые способствуют повышению легочного сосудистого сопротивления и развитию правожелудочковой дисфункции.

Третья группа причин связана с нарушениями структуры и функции грудной клетки и диафрагмы: деформации позвоночника, переломы ребер, тяжёлые нейромускулярные заболевания, синдром ожирения-гиповентиляции, ограничивающие респираторную функцию и способствующие гипоксическому воздействию на миокард правого желудочка.

Сердечно-легочная недостаточность может развиваться в острой форме, как при массивной тромбоэмболии лёгочной артерии или астматическом статусе, так и хронически — в результате многолетнего течения основного заболевания. Высокая летальность связана с несвоевременной диагностикой и оказанием помощи, особенно на догоспитальном этапе, где летальность может достигать 5–15% при острых состояниях.

Понимание этиологии и патогенеза СЛН, а также своевременное распознавание её клинических проявлений являются ключевыми для оказания качественной доврачебной

помощи и снижения смертности среди пациентов с бронхолегочной патологией.

Сердечно-легочная недостаточность может проявляться в острой и хронической формах, каждая из которых имеет свои характерные симптомы.

Острая форма развивается внезапно, часто в течение минут или часов, сопровождается тяжелым ухудшением состояния пациента:

- выраженная одышка и затруднённое дыхание, заставляющие человека принимать вынужденное сидячее положение,
- боль в области сердца, часто интенсивная, с ощущением удушья,
- кровохарканье, особенно характерна пенистая розоватая мокрота,
- цианоз — синюшность кожи и слизистых, особенно носогубного треугольника,
- расширение и набухание вен шеи,
- тахикардия с слабым нитевидным пульсом,
- снижение артериального давления (систолическое ниже 90-80 мм рт. ст.),
- холодный пот, бледность кожных покровов,
- страх смерти и панические реакции,
- боли в правом подреберье из-за увеличения печени и её растяжения.

Хроническая форма нарастает постепенно и характеризуется более сглаженной клиникой:

- постоянная одышка, усиливающаяся при нагрузке,
- снижение переносимости физических упражнений, быстрая утомляемость,
- периферические отёки ног и нижней части туловища, иногда асцит,
- синюшность кожи и слизистых, особенно периферическая,
- учащённое мочеиспускание ночью (никтурия),
- возможны обмороки и головокружения при физической нагрузке.

Эти симптомы тесно связаны с нарушением гемодинамики в малом круге кровообращения, перегрузкой правого желудочка и гипоксией тканей.

На доврачебном этапе основными методами диагностики служат клинический осмотр, оценка симптоматики и при возможности простейшие инструментальные исследования.

Физикальное обследование включает:

1. осмотр и пальпацию шейных вен (набухание),
2. определение цианоза кожи и слизистых,
3. аускультацию сердца и лёгких, выслушивание акцентов II тона над лёгочной артерией, и возможных систолических шумов,
4. перкуссию грудной клетки для выявления её деформаций,
5. оценку отёков на ногах, увеличение печени,
6. пульсоксиметрия — измерение сатурации кислорода в крови для оценки степени гипоксии,
7. контроль артериального давления — необходим для определения риска развития кардиогенного шока.

Критерии тяжести состояния:

Особое внимание уделяется признакам кардиогенного шока:

- Систолическое АД ниже 90 мм рт. ст. или падение более чем на 30 мм рт. ст. от исходного.
- Выраженный цианоз и холодные покровы.
- Нарушения сознания и снижение диуреза.

Раннее распознавание этих состояний критично для своевременного вызова специализированной помощи и начала неотложных мероприятий.

Алгоритм оказания доврачебной неотложной помощи при сердечно-легочной недостаточности.

1. Оценка состояния больного. Оценивается сознание, дыхание и пульс. При утрате сознания и отсутствия дыхания или пульса немедленно приступайте к сердечно-легочной реанимации (СЛР).

При сохранении сознания — постарайтесь выявить симптомы дыхательной и сердечной недостаточности: выраженную одышку, цианоз, набухание шейных вен, отеки, боли в области сердца.

2. Вызов скорой медицинской помощи. Незамедлительно вызывается скорая медицинская помощь с указанием состояния пациента и предполагаемого диагноза.

3. Позиционирование пациента. Помочь больному принять сидячее или полусидячее положение с приподнятым изголовьем (около 45 градусов). Это облегчает работу дыхательных мышц и снижает застой крови в лёгких и в правом предсердии.

4. Обеспечение проходимости дыхательных путей. При необходимости освободите рот и нос от слизи или рвотных масс. Используйте приём «голова назад, подбородок вверх» для разжатия дыхательных путей.

5. Кислородотерапия. При наличии кислородного баллона подключается подача кислорода через маску или носовой катетер. Цель — повысить сатурацию крови и уменьшить гипоксию тканей. Начинают с подачи 5-10 л/мин в зависимости от состояния пациента.

6. Покой и психологическая поддержка. Обеспечивается полный покой пациенту, устраняются факторы стресса, разговаривать спокойным голосом. Паника ухудшает состояние.

7. Приём медикаментов (при наличии и по назначению врача). Если есть знания и средства, дозированно применяйте препараты для снятия бронхоспазма (ингаляции с β_2 -агонисты).

При выраженной отёчности внутривенно (или подкожно) может быть введён мочегонный препарат (фуросемид), но только по предписанию или под контролем специалиста.

Нельзя принимать сердечные гликозиды или сосудистые средства самостоятельно.

8. Контроль жизненно важных показателей. Регулярно оценивается пульс, частота и глубина дыхания, уровень сознания и цвет кожных покровов.

При ухудшении (затруднение дыхания, снижение сознания, брадикардия) немедленно скорой помощи.

9. Подготовка к транспортировке. Уложить пациента на носилки аккуратно, избегая резких движений. Необходимо поддерживать подачу кислорода в дыхательные пути во время транспортировки.

10. При остановке сердца. Немедленно приступить к базовой сердечно-легочной реанимации по протоколу АВС: обеспечение проходимости дыхательных путей, искусственное дыхание и непрямой массаж сердца с частотой 100–120 компрессий в минуту, чередуя 30 компрессий и 2 вдоха.

По возможности используется автоматический внешний дефибриллятор (АВД) до приезда врачей.

Оптимизация доврачебной помощи при сердечно-легочной недостаточности требует системного подхода к подготовке медицинских сестер и фельдшеров. Главные направления организации обучения включают:

- внедрение современных программ повышения квалификации, охватывающих актуальные методы распознавания, стабилизации и мониторинга состояния пациентов с бронхолегочной патологией и СЛН,
- разработка интерактивных курсов и симуляционных тренингов по базовой сердечно-легочной реанимации и алгоритмам доврачебного вмешательства,
- регулярное обновление нормативных документов и включение их в образовательные программы с разъяснениями по практическому применению,
- формирование у средних медицинских работников уверенности и навыков принятия быстрого и правильного решения в экстренных ситуациях,
- создание системы контроля качества обучения и оценки компетенций с последующей адаптацией учебных материалов в зависимости от выявленных пробелов.

Таким образом, систематическое и целенаправленное обучение медицинского

персонала среднего звена способствует повышению качества оказания первой медицинской помощи, снижению общих затрат здравоохранения за счёт уменьшения осложнений и госпитализаций, а также улучшению прогноза пациентов с сердечно-легочной недостаточностью. При этом формируется профессиональная культура, ориентированная на безопасность и индивидуальный подход к каждому больному.

Источники литературы и нормативные документы

1. Приказ Минздрава РФ от 04.08.2020 № 904н «Об утверждении клинических рекомендаций...»
2. Клинические рекомендации Европейского респираторного общества (ERS) и Европейского кардиологического общества (ESC) по диагностике и лечению сердечно-легочной недостаточности, 2021.
3. Федеральные клинические протоколы по неотложной помощи при бронхолегочной патологии.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОДИФИЦИРОВАННОЙ АНАЛОГОВОЙ ШКАЛЫ «ЛЕСТНИЦА БОЛИ» В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ ПРИ РАЗВИТИИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ

Преподаватель Бердникова К.П.

г. Похвистнево, ГБПОУ «Губернский колледж города Похвистнево»

Болевой синдром считается одним из самых неприятных и мучительных ощущений, переживаний физического или эмоционального страдания. Обычно, наличие синдрома является защитным сигналом реального или предполагаемого повреждения тканей, а также может быть вызвана нарушениями в работе нервной системы.

Детский возраст имеет особенности восприятия боли и реакции на неё, которые влияют на диагностику и лечение болевого синдрома. Эти особенности связаны с субъективным характером боли и трудностями выражения болевых ощущений у детей. У пациентов детского возраста в возрастной группе старше трех лет оценка болевого синдрома упрощается, так как ребёнок способен более точно выразить и идентифицировать боль с помощью эмоций и слов, а также при применении специальных оценочных шкал.

Применяя игровые технологии достаточно просто выяснить локализацию боли, ее интенсивность и продолжительность. У детей трех-семи лет из-за повышенной направленности на чувственные переживания острее воспринимаются самые простые раздражители, например, цвет спецодежды персонала и наличие медицинского инструментария, а также сам факт проведения процедуры. Болевые реакции у данной категории пациентов могут усиливаться автоматически.

В возрасте 7–12 лет благодаря формированию конкретно-операционного мышления оценка боли уже включает не только сенсорные и эмоциональные, но и ситуативные параметры, благодаря этим процессам управлять диагностикой «боли» становится проще.

Дети старше 12 лет обладают достаточным абстрактным мышлением и способностью к самоанализу и рефлексии: они понимают, что помогает справиться с болью, а что способствует усилению или её появлению. Стоит отметить, при острой боли у пациента детского возраста наиболее часто изменяется выражение лица, движения тела становятся вынужденными или хаотичными, плач и стоны отражают интенсивность болевых ощущений.

Дети не всегда предъявляют активные жалобы на боль - причиной могут быть страх перед обращением в медицинское учреждение, обида или раздражение на родителей, окружающих, боязнь инъекций или применение лекарственных средств парентеральным путем.

Для эффективного лечения боли важно знать, как ведут себя дети при боли разной

интенсивности: при слабой боли пациенты, независимо от возраста, испытывают дискомфорт, они раздражительны, конфликтны, меняется поведение. Плохое самочувствие с болью не связывают. Боль как ощущение не распознают, жалоб не предъявляют. Appetit сохранен, игрушками интересуются и играют, контакт с окружением и сон не нарушены. При умеренной боли - жалобы пассивные. Appetit снижен, игрушками интересуются, но не играют. Внимание напряженное, сон беспокойный. При сильной боли - жалобы активные. Appetit отсутствует, жажда, игрушками не интересуются. Ночной сон нарушен – инсомния. Контакты с окружением отвергают. Положение пассивное. Может быть громкий нерегулируемый плач. При очень сильной боли - контакта нет, взгляд потухший, может быть беззвучный плач.

Для оптимизации сестринской помощи часто используют специальные шкалы для оценки боли, которые учитывают локализацию, время появления, тип, характер и длительность болевого синдрома. Например: шкала NIPS (Neonatal Infant Pain Scale) — для оценки боли у детей до 1 года, включает выражение лица, крик, характер дыхания, положение конечностей и поведение ребёнка, цветная шкала Эланда — для детей от трёх до семи лет (можно старше), помогает оценить интенсивность боли в разных локализациях.

Для определения болевого синдрома при развитии неотложных состояний у детей рекомендуют использовать модифицированную аналоговую шкалу/лестница боли. Представлена на рисунке 1.



Рисунок 1. Модифицированная аналоговая шкала/лестница боли.

Пациентов нужно попросить положить пальцы на ту высоту шкалы, с которой они ассоциируют свои болевые ощущения. Верхушка шкалы означает «нестерпимая боль», основание – «отсутствие боли».

Для визуального контакта лестницу можно покрасить в цвета светофора и животных заменить любым понравившимся персонажем сказки или игры.

С целью оптимизации сестринской деятельности в аспекте оценки боли было проведено исследование на базе инфекционного отделения ГБУЗ СО «Похвистневская ЦРБ», в котором на стационарном лечении находились пациенты возрастной группы 3- 5 лет с различными заболеваниями, сопровождающимися болевым синдромом абдоминальной области различной интенсивности. При оказании помощи была применена модифицированная аналоговая шкала «лестница боли» в результате которой была получена информация о локализации и интенсивности боли, что позволило сократить время на расспрос пациента и своевременно выполнить медицинские вмешательства.

Детская боль должна подвергаться тщательной оценке, правильная оценка – это ключ к эффективному обезболиванию.

Боль может быстро развиваться и изменяться, поэтому регулярный мониторинг имеет большое значение.

Первоначальная оценка боли и ее мониторинг в динамике важны для обеспечения адекватного обезбоживания и профилактики внезапной боли.

Боль нельзя купировать, если она не оценена и не измерена. Измерение боли предполагает анализ ее интенсивности и эффективности обезбоживания. Необходимо документировать всю информацию, касающуюся боли у ребенка. Средний медицинский

персонал способен самостоятельно провести диагностику боли используя правильный инструментарий, тем самым оптимизировать весь лечебный процесс в детской практике.

Список литературы

1. Пропедевтика детских болезней [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Р. Р. Кильдияровой, В. И. Макаровой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 680 с.
2. Угрожающие состояния в педиатрии: экстренная врачебная помощь. Э.К. Цыбульский. – 2023.- 224 с. – ГЭОТАР-Медиа.
3. Боль в животе и диспепсии у детей. Дифференциальная диагностика: научное издание. - М. ГЭОТАР- Медиа, 2020. - 176 с. - (Б-ка врача специалиста. Педиатрия. Гастроэнтерология)

ОКАЗАНИЕ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРОЙ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Преподаватель Веселова О.Б.
г. Богородск, ГБПОУ НО НМК*

*«Знать не многое, а нужное»
Сократ*

Доврачебная помощь - это помощь, которую необходимо оказать пациенту до прибытия врача. Она направлена на устранение критических угроз жизни и здоровью человека, снятие острых симптомов и предотвращение ухудшения состояния.

Особые условия работы в педиатрической практике накладывают свои требования и на оказание доврачебной помощи маленьким пациентам. Оказание доврачебной помощи медицинской сестрой в педиатрии — это комплекс срочных, четко регламентированных действий, направленных на спасение жизни ребенка, предотвращение осложнений и подготовку к прибытию врача. Медсестра действует строго в рамках утвержденных протоколов (приказов Минздрава) и своих должностных инструкций.

Успех оказания доврачебной помощи во многом зависит от правильной диагностики, выбора необходимых мероприятий и умения организовать необходимую помощь, чтобы ликвидировать угрожающее состояние.

Работа с детьми требует особого внимания не только от медицинского персонала отделения, но и от родителей, находящихся по уходу за маленькими пациентами. Неотложные состояния могут возникать не только на фоне какого-либо заболевания, но и быть связаны с возрастными особенностями развития.

Методы оказания медицинской помощи детям постоянно совершенствуются с учетом новейших достижений в науке вообще и педиатрии в частности. Эта деятельность осуществляется уже совместно с врачом. Но основные принципы оказания доврачебной помощи остаются неизменными.

Главные принципы оказания неотложной помощи до прихода врача:

1. Соблюдение правовых норм: медсестра обязана распознать неотложное состояние, оказать доврачебную помощь, а не устанавливать диагноз и не назначать лечение. Все действия должны быть зафиксированы в медицинской документации.
2. Оперативность: медсестра должна быстро и грамотно реагировать на обращение за помощью. Она имеет доступ к процедурному кабинету, чтобы по назначению врача сразу приступить к медикаментозному лечению.
3. Алгоритмичность: действия медсестры регламентируются строго по протоколу.

4. Психозмоциональный контроль: спокойствие и уверенность в правильности своих действий медсестры успокаивает и ребенка, и родителей. В первую очередь необходимо обеспечить спокойную обстановку рядом с ребенком. А этого можно добиться путем привлечения мамы в процесс оказания неотложной помощи. Мама берет ребенка на руки, обнимает его, придает правильное положение, успокаивает. Значимость важности ее манипуляций придает ей спокойствие. Ребенок тоже начинает успокаиваться.

5. Учет возрастных особенностей: анатомо - физиологические особенности органов и систем, дозировки лекарственных препаратов, рассчитанные по возрасту и массе тела, техника проведения манипуляций у новорожденного, грудничка и подростка кардинально различаются. Все эти характерные особенности требуют от медицинской сестры глубоких теоретических знаний и практических умений.

При любом из неотложных состояний алгоритм оказания доврачебной помощи начинается по общей схеме первичной оценки состояния.

Вне зависимости от причины возникновения оценка проводится по принципу ABCDE:
A (Airway) - Дыхательные пути: обеспечение проходимости.

Открыть рот, очистить от слизи, рвотных масс, запрокинуть голову (у детей старше 1 года), вывести нижнюю челюсть. У детей до 1 года запрокидывание головы недопустимо. Достаточно придать положение на боку или слегка запрокинуть голову без переразгибания.

B (Breathing) - Дыхание.

Оценить (частоту, глубину, симметричность). При отсутствии дыхания — начать искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) мешком Амбу или «рот в рот-нос» (у младенцев).

C (Circulation) - Кровообращение.

Оценить пульс (у детей до 1 года - на плечевой или бедренной артерии), цвет кожных покровов, капиллярное наполнение. При отсутствии пульса - начать непрямой массаж сердца. Соотношение компрессий и вдохов: 30:2 (один реаниматор) или 15:2 (два реаниматора) для всех возрастов.

D (Disability) — Неврологический статус.

Оценить уровень сознания (шкала Глазго для детей), размер и реакцию зрачков.

E (Exposure) — Осмотр.

Полностью осмотреть ребенка на предмет других повреждений, сыпи, кровотечений, сохраняя температурный режим.

К наиболее часто встречающимся заболеваниям, сопровождающиеся неотложными состояниями в педиатрии относятся: лихорадка, фебрильные судороги, приступ бронхиальной астмы, острые аллергические реакции, острый обструктивный ларинготрахеит, токсикоз с эксикозом.

К неотложным состояниям, связанным с возрастными и поведенческими особенностями детей, относятся: инородные тела дыхательных путей, асфиксия, отравления химическими веществами, электротравмы, механические травмы опорно - двигательного аппарата.

При определении неотложного состояния необходимо сопоставлять данные опроса ребенка, его окружения и основные симптомы.

Хотя все заболевания и состояния различны по патогенезу, действия медицинской сестры предполагают единый алгоритм действий оказания доврачебной помощи:

1. Распознать неотложное состояние.
2. Вызвать врача через 3-е лицо.
3. Оценить состояние по принципу ABCDE.
4. Придать безопасное, облегчающее состояние положение.
5. Расстегнуть стесняющую одежду.
6. Обеспечить доступ свежего воздуха.
7. Обеспечить спокойную обстановку.
8. К приходу врача приготовить лекарственные препараты.
9. Выполнять назначения врача.

Основная цель неотложной терапии на доврачебном этапе - оказать минимально достаточный объем помощи, то есть те мероприятия, без которых жизнь пациента остается под угрозой.

У детей раннего возраста оказание доврачебной помощи имеет особую специфику:

1. Инфузионная терапия.

Точный расчет объема по весу (мл/кг), использование инфузоматов/перфузоров для точного дозирования и скорости введения.

2. Введение лекарственных средств.

Четкий расчет дозы по массе тела. При применении лекарственных средств в неотложных случаях важно выбрать оптимальный путь их введения, который зависит как от свойств назначаемых препаратов, так и от состояния больного. Предпочтение ректальным и парентеральным путям введения лекарственных препаратов при неотложных состояниях.

3. Психологическая поддержка.

Присутствие родителей (если это не мешает реанимации), использование отвлекающих методов, спокойный голос медицинского персонала, избегать большого количества людей рядом с ребенком.

После стабилизации состояния медсестра должна находиться рядом с ребенком:

1. Обеспечить постоянный мониторинг витальных функций (ЧДД, ЧСС, АД, сатурация, диурез).

2. Подготовить аппаратуру и инструментарий для врача.

3. Аккуратно и подробно заполнить документацию: время ухудшения, что предшествовало, динамика состояния, все выполненные манипуляции и их время, введенные препараты (доза, путь введения).

4. Обеспечить транспортировку в ОРИТ, если требуется.

К сожалению, при оказании неотложной помощи возможны и ошибки. К ним относятся неправильные действия или бездействие медперсонала, которые вызвали или могли вызвать ухудшение состояния или смерть больного.

Основные причины ошибок в неотложном лечении - субъективные. Тактические ошибки - это ошибки неправильного определения неотложного состояния среди многообразия клинических проявлений заболеваний.

Деонтологические ошибки заключаются в неумении медицинского персонала найти контакт с больным ребенком, его родителями и близкими, недооценке значения психотерапевтических методов лечения при оказании неотложной помощи. Деонтологические ошибки остаются одной из основных причин претензий к качеству медицинской помощи.

С целью предупреждения ошибок необходимо учитывать:

1. Тяжесть состояния больного.

2. Вероятность возникновения опасных для жизни осложнений.

3. Основное и сопутствующее заболевания и их осложнения.

4. Непосредственную причину и механизм возникновения неотложного состояния.

5. Возраст больного ребенка.

6. Предшествующее лечение и реакцию на лекарственные препараты в прошлом.

Чтобы не совершать ошибки в условиях многообразия клинических проявлений заболеваний и дефицита временного фактора необходимо разумно использовать алгоритмы оказания помощи, схемы лечения и строго выполнять назначения врача.

Приказы и инструкции по оказанию неотложной помощи детям являются основой для действия медицинского персонала в критической ситуации. Реальная деятельность медицинской сестры строго регламентирована внутренними протоколами и приказами лечебного учреждения, а также приказами Минздрава РФ. Следование этим документам - основа правовой и профессиональной безопасности.

Они обеспечивают стандартизацию помощи и повышают шансы на успешный исход.

Список литературы:

1. Приказ Минздравсоцздрава России от 12.05.2020 № 331Н "Об утверждении формы и содержания заявки о неотложной медико-социальной помощи".
2. Приказ Минздравсоцздрава России от 08.04.2020 № 229н "Об утверждении порядка оказания неотложной медико-социальной помощи в медицинских организациях".
3. Учебное пособие по дисциплине «Неотложная педиатрия» для студентов педиатрического факультета/Куанова И.Д. – Майкоп. 2022., 49с.
4. Неотложная педиатрия: национальное руководство / под ред. Б. М. Блохина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 832 с. : ил. - 832 с. - ISBN 978-5-9704-5044-4.

ПРИМЕНЕНИЕ ШКАЛЫ КОМЫ ГЛАЗГО ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

*Преподаватели: Гарибян Л.Р., Каюмова А.Н.
г. Самара, ГБПОУ «СМК им. Н. Ляпиной»*

Кома является одним из наиболее тяжёлых патологических состояний, характеризующимся утратой сознания и отсутствием реакции на внешние раздражители, которое требует оказания немедленной медицинской помощи. Ежегодно в мире тысячи пациентов впадают в кому. Статистика свидетельствует о высокой летальности: общая смертность при коме в период госпитализации достигает 26,5%.

По данным исследований, при показателе по шкале комы Глазго менее 8 баллов риск летального исхода составляет примерно 30%. В России это масштабная проблема, особенно с учётом роста травматизма и сосудистых заболеваний.

Медицинские сестры первыми сталкиваются с пациентами в состоянии комы и играют ключевую роль в своевременной оценке и организации доврачебной помощи, что в конечном итоге влияет на прогноз и выживаемость.

Кома развивается вследствие воздействия различных патологических факторов, приводящих к значительному повреждению головного мозга.

Основные причины:

- травма головного мозга (черепно-мозговая травма),
- острое нарушение мозгового кровообращения (ишемический и геморрагический инсульт, субарахноидальное кровоизлияние),
- метаболические расстройства (гипогликемия, гипернатриемия, печёночная и почечная недостаточность),
- токсические воздействия (лекарственные препараты, алкоголь, наркотики),
- инфекционные заболевания центральной нервной системы (менингит, энцефалит),
- опухоли мозга и злокачественные новообразования.

Кома обусловлена значительным нарушением нормальной функции коры и ствола головного мозга, а именно ретикулярной активационной системы, которая регулирует состояние бодрствования и сознания. Повреждение приводит к угнетению кортикальной активности и снижению передачи афферентных сигналов. Прогрессирующее смещение тканей мозга, отёк и ишемия вызывают усугубление состояния, что способно привести к летальному исходу.

Для постановки диагноза «кома» медицинской сестрой проводится тщательный клинический осмотр, включающий:

- оценку жизненно важных функций: проходимость дыхательных путей, характер и частоту дыхания, частоту сердечных сокращений, артериальное давление, цвет кожных покровов,

- оценку уровня сознания с использованием шкалы комы Глазго, которая учитывает реакцию пациента на открытие глаз, вербальные ответы и движение,
- неврологический осмотр: проверка реакции зрачков на свет, оценка двигательных реакций на болевые стимулы,
- общее физикальное обследование направленное на выявление травм головы (переломы черепа), признаков кровоизлияния, сопутствующих заболеваний, и признаков острой сердечно-легочной недостаточности.

Данные осмотра позволяют подтвердить диагноз комы, заподозрить её причину, что немаловажно для срочного принятия решения о дальнейших действиях.

Кома может развиваться внезапно (почти мгновенно), быстро (за период от нескольких минут до 1—3 ч) и постепенно — в течение нескольких часов или дней (медленное развитие комы).

В настоящее время не существует единой универсальной классификации ком. По глубине нарушения сознания и состоянию жизненно важных функций выделяют такие степени комы, как умеренная, глубокая и терминальная.

Прекома характеризуется спутанностью, умеренной оглушенностью, наблюдаются заторможенность, сонливость либо психомоторное возбуждение, возможны психотические состояния, целенаправленные движения недостаточно координированы, все рефлексы сохранены (их изменения возможны при первично-церебральной коме и коме, обусловленной нейротоксическими ядами).

Умеренная кома (кома I) – человека нельзя разбудить, на болевые раздражители он реагирует хаотическими некоординированными защитными движениями, не контролирует тазовые функции (мочеиспускание и дефекацию), возможны нарушения дыхания и сердечно-сосудистой деятельности.

Глубокая кома (кома II) — человека нельзя разбудить, отсутствуют защитные движения, нарушен мышечный тонус, угнетены сухожильные рефлексы, дыхание грубо нарушено, сердечно-сосудистая деятельность декомпенсирована.

Терминальная (запредельная) кома (кома III) – отсутствуют тонус скелетных мышц, мускулатуры внутренних органов (атония), рефлексы, жизненные функции организма поддерживаются дыхательными аппаратами и сердечно-сосудистыми препаратами.

Для оценки глубины комы широко применяется шкала комы Глазго, суммарный балл которой варьирует от 3 до 15.

Медсестры играют важную роль в применении шкалы комы Глазго (ШКГ) — они осуществляют как первичную оценку, так и динамическое наблюдение за пациентами с нарушениями сознания, что позволяет своевременно определить тяжесть состояния и передать важную информацию врачу для принятия клинических решений.

Алгоритм применения шкалы комы Глазго для медсестры:

Оценка открывания глаз (E):

- 4 балла — самопроизвольное открывание глаз
- 3 балла — глаза открываются в ответ на голос
- 2 балла — глаза открываются в ответ на болевой раздражитель
- 1 балл — нет реакции

Оценка речевой реакции (V):

- 5 баллов — пациент ориентирован, отвечает связно
- 4 балла — речь спутанная, дезориентирован
- 3 балла — отдельные слова не по смыслу
- 2 балла — нечленораздельные звуки
- 1 балл — речь отсутствует

Оценка двигательной реакции (M):

- 6 баллов — выполнение команд
- 5 баллов — отдергивание конечности при боли
- 4 балла — нецеленаправленное отдергивание

- 3 балла — патологическое сгибание (декортикационная ригидность)
- 2 балла — патологическое разгибание (децеребрационная ригидность)
- 1 балл — нет движений

Суммировать баллы: Сумма E + V + M = Общий балл (от 3 до 15).

Коматозное состояние соответствует баллам от 3 до 8. Чем ниже баллы, тем тяжелее состояние:

- 15 баллов — ясное сознание, норма.
- 10-14 баллов — умеренное и глубокое оглушение.
- 9-10 баллов — сопор.
- 7-8 баллов — кома 1-й степени.
- 5-6 баллов — кома 2-й степени.
- 3-4 балла — кома 3-й степени.

Медицинская сестра должна осуществлять:

- фиксацию оценки в медицинской документации для дальнейшего мониторинга динамики состояния,
- своевременно информировать врача в случае ухудшения состояния или при низких баллах (8 баллов и ниже).

Особенности:

- оценка должна быть быстрой и систематической (при первичном контакте и повторных осмотрах),
- при невозможности дать оценку медсестра делает отметку «не оценивается» и сообщает врачу,
- регулярный мониторинг по шкале помогает отслеживать динамику состояния пациента и выявлять ухудшения.

Таким образом, применение шкалы комы Глазго — важнейший компонент работы медсестры для проведения объективной оценки и оказания своевременной помощи пациентам с нарушениями сознания.

Расширенный алгоритм доврачебной помощи при коме

- Оценка состояния пациента: измерение уровня сознания по шкале Глазго; фиксация дыхания, пульса и цвета кожных покровов.
- Обеспечение проходимости дыхательных путей: очистка ротовой полости от слизи и рвотных масс; при необходимости — фиксация головы и подбор методов вентиляции (искусственная вентиляция лёгких).
- Поддержание дыхания и кровообращения: контроль частоты дыхания, пульса, АД; при угрозе остановки дыхания — проведение реанимационных мероприятий.
- Контроль жизненных показателей: мониторинг артериального давления, пульса, насыщения крови кислородом, уровня глюкозы в крови.
- Предупреждение осложнений: предотвращение травматизма, развития пролежней, принятие мер по защите дыхательных путей.
- Немедленное информирование врача и вызов специализированной скорой медицинской помощи для госпитализации.

Таким образом, кома остаётся серьёзной медицинской проблемой с высокой смертностью и риском тяжёлых осложнений. Медицинские сестры, обладая знаниями и навыками по проведению начальной оценки состояния пациента и своевременному оказанию доврачебной помощи, существенно влияют на улучшение прогноза для больных. Соблюдение алгоритмов работы и рекомендаций Минздрава России позволяет обеспечить своевременное вмешательство и повысить эффективность терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Приказ Минздрава России от 21.01.2019 № 11н «Об утверждении клинических рекомендаций по неотложной помощи пациентам с нарушениями сознания»

2. Приказ Минздрава России от 15.08.2019 № 641н «Об организации оказания скорой и неотложной медицинской помощи»
3. Клинико-практические рекомендации «Острые нарушения мозгового кровообращения» (Минздрав России, 2020)

ОСЛОЖНЕННЫЙ (ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИЙ) ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ

*Преподаватель Даутова Ф. А.
г. Альметьевск, ГАПОУ «АМК»*

«Болезни не подстраиваются к теориям медиков.
Медработник должен понять причину болезни и
приспособиться к ней, то есть найти способ лечения»
Парацельс

Гипертонический криз (ГК) – это остро возникшее, выраженное повышенное АД (артериальное давление), сопровождающееся клиническими симптомами, требующее срочного контролируемого его снижения для предупреждения поражения органов – мишеней.

В классификации ГК выделяют осложненные (жизнеугрожающие) и неосложненные (нежизнеугрожающие) ГК.

В основе классификации - выраженность клинической симптоматики и риска развития тяжелых осложнений со стороны органов-мишеней. В подавляющем большинстве случаев ГК развивается при САД (систолическое артериальное давление) больше 180 мм рт. ст. и/или ДАД (диастолическое артериальное давление) больше 120 мм рт. ст., но возможно развитие неотложных состояний и при меньшем повышении АД.

Факторы, способствующие развитию гипертонического криза:

- прекращение приема гипотензивных лекарственных средств;
- психоэмоциональный стресс;
- избыточное потребление соли и жидкости;
- физическая нагрузка;
- злоупотребление алкоголем;

При лечении ГК необходимо принимать во внимание следующие патогенетические моменты:

- сосудистый механизм – повышение общего периферического сопротивления в результате повышения тонуса артериол за счет задержки натрия и нейрогуморальных влияний;
- кардиальный механизм – увеличение сердечного выброса, и сократимости миокарда при повышении частоты сердечных сокращений и объема циркулирующей крови.

Осложненный гипертонический криз.

При осложненном ГК появляются тяжелые (жизнеугрожающие) поражения органов – мишеней, требующие срочного снижения АД, с помощью парентеральных гипотензивных препаратов.

Осложнения ГК:

- Со стороны ССС (ОКС (острый коронарный синдром), острая левожелудочковая недостаточность, расслаивающая аневризма аорты);
- Со стороны ЦНС (гипертоническая энцефалопатия, мозговой инсульт);
- ГК при феохромоцитоме;
- преэклампсия или эклампсия беременных;

- тяжелая АГ (артериальная гипертензия) при травме головного мозга;
- АГ у послеоперационных больных и при угрозе кровотечения;
- ГК на фоне приема амфетаминов, кокаина и др.

Применяются следующие парентеральные препараты для лечения ГК:

- Вазодилататоры:

- эналаприлат (предпочтителен при острой недостаточности ЛЖ);
- нитроглицерин (предпочтителен при ОКС и острой недостаточности ЛЖ);
- нитропруссид натрия (является препаратом выбора при гипертонической энцефалопатии, однако следует иметь в виду, что он может повышать внутричерепное давление).

энцефалопатии, однако следует иметь в виду, что он может повышать внутричерепное давление).

- β -АБ (пропранолол – предпочтителен при расслаивающей аневризме аорты и ОКС);

- Антиадренергические средства (фентоламин при подозрении на феохромоцитому);

- Диуретики (фуросемид при острой недостаточности ЛЖ);

- Нейролептики (дроперидол).

При осложненном гипертоническом кризе проводятся следующие мероприятия:

- санация дыхательных путей;
- обеспечение кислородом;
- надежный венозный доступ;
- антигипертензивная терапия парентеральными препаратами;
- лечение возникших осложнений;
- быстрое снижение АД (на 15-20% от исходного в течение часа, затем за 2-6ч до 160/100 мм рт. ст., возможен переход на пероральные лекарственные средства).

160/100 мм рт. ст., возможен переход на пероральные лекарственные средства).

ГК, осложненный инфарктом миокарда или острым коронарным синдромом.

При гипертоническом кризе развивается острая ишемия миокарда.

Клиническая картина: резко возникшие давящие, жгучие, боли за грудиной, продолжительностью более 15-20 мин, не купирующиеся нитроглицерином.

На ЭКГ появляются высокоамплитудные зубцы Т- как наиболее раннее проявление острой ишемии миокарда, затем возникает элевация сегмента ST, возможно появление островозникшей блокады левой ножки п. Гиса. В дальнейшем формируется патологический зубец Q.

Лечение направлено на купирование болевого приступа, снижение АД. Применяются:

- нитроглицерин сублингвально в таблетках (0,5мг), аэрозоле или спрее (0,4мг или 1 доза, при необходимости повторять каждые 5-10 мин) или в/в кап. 0.1%- 10 мл в растворе NaCl-100 мл со скоростью 5-10 мкг/мин (2-4 капли/мин) под постоянным контролем АД и ЧСС;

- пропранолол (неселективный β -блокатор) — в/в струйно медленно 0,1%— 1мл (1мг), возможно повторить ту же дозу через 25мин до достижения ЧСС 60 уд/мин, под контролем АД и ЭКГ. Максимальная общая доза — 1 мг;

- в случае сохранения высоких цифр АД — эналаприлат 0.625 - 1.250мг в/в струйно в течение 5 мин;

- морфин - 1%-1мл в/в струйно до устранения болевого синдрома и одышки.

- ацетилсалициловая кислота (если больной не принимал ее самостоятельно до приезда бригады СМП) разжевать 150-300 мг или клопидогрель 300 мг (лицам старше 75 лет - 75 мг).

Не рекомендуется прием гепарина, нифедипина, фуросемида.

ГК, осложненный острой левожелудочковой недостаточностью.

При развитии острой левожелудочковой недостаточности (отеке легких) появляется ортопноэ, выраженная одышка, цианоз кожи. При аускультации легких выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы.

Лечение направлено на купирование отека легких, снижение АД. Применяются:

- эналаприлат- 0,625-1,25 мг в/в струйно в течение 5 мин;
- фуросемид в/в струйно (20-100 мг).

Не рекомендуются В-блокаторы (пропранолол), клонидин.

ГК осложненный острым расслоением аорты или разрывом аневризмы аорты.

Жалобы пациентов на внезапно возникшую сильную боль в грудной клетке или в животе, спине с иррадиацией в бок и паховые области. Бледность кожных покровов, одышка. При аускультации - систолический шум (реже диастолический) над верхушкой сердца, который хорошо слышен на спине вдоль позвоночника. На ЭКГ определяются признаки коронарной недостаточности.

Применяются:

- пропранолол — в/в медленно вводят в начальной дозе 1 мг (0,1%-1мл), каждые 3-5 мин повторяют ту же дозу (до достижения ЧСС 50-60 уд/мин). Если β-блокаторы противопоказаны, назначают верапамил в/в болюсно: за 2-4 мин - 0,25%-1-2мл (2,5-5 мг), с возможным повторным введением 5-10 мг через 15-30 мин.
- нитроглицерин - в/в капельно 0,1% 10 мл В 100 мл 0.9% раствора NaCl с начальной скоростью 1 мл/мин (или 1-2 капли в минуту).
- для купирования болевого синдрома используют морфин 1%-1 мл в растворе 0,9% натрия хлорида каждые 5-15 минут до устранения болевого синдрома и одышки.

Не рекомендуются нифедипин, фуросемид.

ГК, осложненный гипертензивной энцефалопатией, острым нарушением мозгового кровообращения, субарахноидальными кровотечениями.

Отек головного мозга проявляется сильной головной болью, головокружением, рвотой, ухудшением зрения. В неврологическом статусе отмечаются возбуждение, спутанность сознания, дезориентация. Позднее развиваются очаговая неврологическая симптоматика - нарушение равновесия, парезы, параличи, парестезии, дизартрия, дисфагия, дефекты поля зрения, судороги, кома. При снижении АД - быстрое восстановление функции головного мозга.

Клиническая картина геморрагического инсульта зависит от обширности и расположения гематомы.

Субарахноидальное кровоизлияние развивается после предвестников в виде остро возникшей головной боли, шума в ушах, часто с психомоторным возбуждением, рвотой. Иногда выявляются признаки поражения черепных нервов, присоединяются ригидность затылочных мышц, двусторонний симптом Кернига, светобоязнь, эпилептиформный синдром.

Применяются:

- эналаприлат - в/в струйно (в течение 5 мин) 5-10 мл. При необходимости повторно вводят дозу через 60 мин.
- диазепам - при судорожном синдроме – в/в 0.5% -2-4 мл, в последующем при необходимости 20мг в/м или в/в капельно.

Не рекомендуется нифедипин. При инсультах назначение ацетилсалициловой кислоты и клонидина противопоказано.

ГК, осложненный преэклампсией или эклампсией.

Преэклампсия у беременных пациенток проявляется неврологическими симптомами: головной болью, тяжестью в затылке, нарушением зрения, тошнотой, рвотой, болью в эпигастральной области, правом подреберье, парестезией нижних конечностей, сонливостью, раздражительностью, вялостью.

Преэклампсия является предвестником развития судорог (эклампсии).

Лечение начинают с охранительного режима. Для купирования судорог применяется магния сульфат — в/в 10%—40-100 мл или 20% —20-50 мл, болюсно.

- Нифедипин 10 мг - per os, при необходимости повторить минут через 30 минут, сублингвальный прием опасен в связи с возможным развитием тяжелой гипотонии.
- Метилдопа 250 мг- per os, повторный прием при необходимости через 4-6 часов, максимальная доза 2 грамма в сутки.
- Нитроглицерин в форме спрея 0,4 мг/доза, в таблетке 0.5 мг-под язык, применяется также в/в введение нитроглицерина (10-20 мг в 100-200 мл 5% раствора глюкозы, со скоростью 1-2 мг/час).

Нитроглицерин является препаратом выбора при развитии отека легких. Применение нитратов возможно в течение не более 4 часов в связи с их отрицательным воздействием на плод.

Противопоказаны Ингибиторы АПФ (из-за тератогенного эффекта).

Антагонисты кальция могут привести к ослаблению родовой деятельности.

Требуется экстренная госпитализация в роддом. Преэклампсия и эклампсия- показание для досрочного родоразрешения.

ГК при феохромоцитоме.

Для катехоламиновых кризов характерна триада симптомов в виде внезапной сильной головной боли, повышенного потоотделения и сердцебиения.

Применяются:

- Фентоламин (блокатор α -адренорецепторов) 5-15 мг в/в струйно или тропafen 1 мл 1% раствора в 10 мл изотонического раствора NaCl; повторять введение каждые 5 мин до купирования криза.

- NB! Блокаду β -адренорецепторов для предупреждения или устранения аритмий можно проводить только на фоне блокады α -адренорецепторов; используют пропранолол (1-2 мг в/в каждые 5- 10 мин);

Тактика ведения пациентов с осложненным гипертоническим кризом.

Лечение пациентов с осложненным ГК требует госпитализации в палату интенсивной терапии кардиологического, неврологического или терапевтического отделения. АД снижают постепенно, не более чем на 25% за первые 1-2 час, с тем чтобы избежать ухудшения кровоснабжения головного мозга, сердца и почек. При расслаивающей аневризме аорты и отеке легких необходимо более быстрое снижение АД (на 25% от исходного за 5-10 минут; оптимальное время достижения целевого уровня САД 100- 110 мм рт. ст. составляет не более 20 минут). Пациенты с мозговым инсультом требуют осторожного снижения АД. Оптимальный уровень АД индивидуален для каждого пациента.

Заключение.

В настоящее время нет сомнений, что причиной гипертонического криза является артериальная гипертензия — эссенциальная и симптоматическая. В основе развития ГК лежит отсутствие адекватного контроля АД и недостаточная приверженность пациента к лечению. Поэтому важной задачей медиков является ранняя диагностика АГ и достижение целевого уровня АД. Помочь в этом призвана диспансеризация населения не только старшей возрастной группы, но и лиц молодого и среднего возраста.

Список литературы:

1. Рекомендации по профилактике и лечению артериальной гипертензии. Российские рекомендации. // Кардиоваск. тер. профил. 2022; 4 (Приложение)
2. Люсов В.А., Евсиков Е.М., Теплова Н.В. Этиология и факторы развития и прогрессирования тяжелой и злокачественной артериальной гипертензии. // Российский кардиологический журнал. – 2024 -№ 4(78). С. 6-16
3. Тополянский А.В. Кардиология. Справочник практического врача /под ред. Академика РАМН Р.С Акчурина. – М.: «МЕДпресс-информ». -2021.- 416 с.
4. Покровский А.В Богатов Ю.П. Вазоренальная гипертензия: Руководство по артериальной гипертензии / Под ред. Е.И. Чазова, И.Е. Чазовой.- М:Медиамедика, 2024.- С. 95-117

5. Кардиология. Национальное руководство / под рук. Беленкова Ю.А., Оганова Р.Г «ГЭОТАР – Медиа»- 2023.- С.267-483, 563-1013.
6. Эдейр О.В. Секреты кардиологии. Пер. с англ. М.: «МЕДпресс – Информ». – 2023-450с.
7. Мрочек А.Г., Горбачев В.В Экстремальная кардиология. Руководство для врачей. М.:Медицинская книга. 2023.-431 с.
8. Гипертонические кризы /под редакцией Терещенко С.Н., Плавунова Н.Ф./ Москва. «МЕДпресс-информ». 2024. – 208с.

СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ: ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ И СОВРЕМЕННЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

*Преподаватель Евдокимова Л.А.,
р.п. Карсун,
ОГБПОУ «Карсунский медицинский техникум имени В.В. Тихомирова»*

Оказание доврачебной помощи пациентам при неотложных состояниях - одна из важнейших тем современной медицины. Это направление играет ключевую роль в сохранении жизни и здоровья. Статистика Минздрава РФ показывает, что грамотные действия окружающих могут снизить уровень смертности от инфарктов миокарда и инсультов почти вдвое. Поэтому обучение основам оказания первой помощи становится приоритетом общественного здравоохранения.

Доврачебная помощь — это комплекс мероприятий, направленных на поддержание жизнедеятельности организма пациента до прибытия квалифицированных медиков. Она включает оценку состояния пострадавшего, стабилизацию основных жизненных функций и предотвращение ухудшения ситуации. Основные принципы оказания первой помощи:

- Быстрота реагирования.
- Оценка опасности окружающей среды.
- Учет индивидуальных особенностей пострадавших.
- Поддержание жизненно важных функций.

Эти принципы регламентированы приказом Министерства здравоохранения РФ № 477н от 05.07.2013 г., определяющим порядок оказания первой помощи.

Рассмотрим наиболее распространенный вид неотложного состояния - остановка сердца и прекращение самостоятельного дыхания. Реанимационные мероприятия, направленные на сохранение жизни пациента при внезапной остановке кровообращения и дыхания, называются сердечно-легочной реанимацией (СЛР). Первые попытки оказать помощь пациентам с внезапной остановкой сердца были предприняты ещё в конце XIX века, однако современный подход сформировался лишь спустя столетие благодаря исследованиям Питера Сафара и Джеймса Эллисона, предложивших базовую схему в 1960-х годах. Впоследствии данная схема была усовершенствована и дополнена современными технологиями дефибрилляции и медикаментозной терапии.

В настоящее время последовательность действий представлена следующим образом:

- Проверка признаков сознания и пульса.
- Запуск механизма срочного вызова бригады скорой помощи.
- Начало непрямого массажа сердца с частотой 100–120 компрессий в минуту глубиной примерно 5 см.
- Проведение искусственной вентиляции лёгких с соотношением компрессий к вдохам 30:2.
- Использование автоматического наружного дефибриллятора (АНД).

- Особое внимание уделяется качеству проводимых компрессий грудной клетки, поскольку недостаточная глубина и частота оказывают значительное влияние на эффективность реанимационного процесса.

Важно соблюдать ряд технических моментов для достижения максимальной эффективности реанимационных мероприятий:

- Ладони обеих рук кладутся одна на другую в центральной части грудины пациента.
- Давление оказывается строго вертикально вниз с использованием массы тела, избегая сгибания локтей.
- Скорость компрессий контролируется визуально или с помощью специализированных устройств.
- Каждое следующее нажатие начинается сразу же после полной релаксации грудной клетки.

Эффективность искусственных вдохов достигается за счет оптимального сочетания подачи кислорода и давления воздуха в легкие, избегая чрезмерной гипервентиляции, которая негативно влияет на общий объем возвращаемой крови. Успешность реанимационных мероприятий зависит от скорости начала, правильности исполнения техники и наличия необходимого оснащения.

Несмотря на положительные эффекты СЛР, существует риск возникновения некоторых нежелательных последствий:

- Переломы ребер и травмы мягких тканей.
- Повреждение печени, селезенки и других внутренних органов.
- Гипоксия мозга вследствие длительного периода отсутствия полноценного кровообращения.

Предупредить осложнения возможно правильным выбором места приложения силы и контролем общего состояния пациента во время проведения реанимационных мероприятий.

Сердечно-легочная реанимация постоянно эволюционирует благодаря новым научным открытиям и техническим разработкам. Рассмотрим некоторые инновационные подходы и тенденции, развивающиеся в области СЛР.

Автоматизированные внешние дефибрилляторы (АНД).

Автоматизированные наружные дефибрилляторы стали неотъемлемой частью оказания первой помощи. Они способны самостоятельно анализировать сердечный ритм и рекомендовать электрический разряд. Однако недавние исследования показали, что комбинация дефибрилляции с активным массажем сердца ("компрессией") оказывает большее воздействие на возврат спонтанного кровообращения. Сегодня особое внимание уделяют развитию интеллектуальных АНД, способных лучше адаптироваться к состоянию пациента и улучшать показатели выживаемости.

Механические устройства для компрессии грудной клетки.

Традиционно компрессию выполняли вручную, но теперь появились механические устройства, способные непрерывно осуществлять эффективный массаж сердца без усталости оператора. Эти устройства особенно полезны в случаях длительной реанимации, где ручное исполнение невозможно длительное время. Наиболее известные аппараты — LUCAS и AutoPulse. Их использование сокращает утомляемость и повышает эффективность реанимационных мероприятий.

Имитация ситуаций виртуальной реальности.

Практикующие врачи отмечают, что реальная практика сильно отличается от теоретического обучения. Для устранения этого разрыва используются симуляторы виртуальной реальности (VR), позволяющие врачам и другим специалистам практиковать СЛР в реалистичной среде. Исследования показывают, что VR-тренировки улучшают скорость реакции и точность действий в реальных ситуациях.

Биологическая обратная связь.

Биологическая обратная связь применяется для контроля эффективности выполнения СЛР. Специальные датчики измеряют глубину и частоту компрессий, давая врачу визуальную

и звуковую обратную связь. Подобные устройства помогают быстро скорректировать действия и добиться оптимальной эффективности массажа сердца.

Углубленная фармакотерапия.

Новые лекарственные средства и схемы введения медикаментов становятся важной составляющей реанимационной поддержки. Эпинефрин (адреналин) долгое время считался препаратом выбора, но исследования предлагают альтернативные пути введения лекарств, такие как интратрахеальное введение вазопрессоров, которые могут быть эффективнее традиционного внутривенного способа.

Роботизированные технологии.

Роботизированные системы начинают внедряться в сферу реанимации. Роботы могут проводить качественные, точные и непрерывные компрессии, что положительно сказывается на восстановлении гемодинамических показателей. Хотя роботы пока не заменили врачей полностью, их потенциал огромен.

Сердечно-легочная реанимация продолжает развиваться благодаря технологическим прорывам и углубленным научным исследованиям. Инновационные методы направлены на улучшение результатов реанимационных мероприятий и повышение вероятности успешного возвращения пациентов к полноценной жизни. Своевременно начатая и правильно выполненная сердечно-легочная реанимация имеет решающее значение для спасения жизни пострадавшего. Каждый медицинский работник обязан регулярно проходить курсы повышения квалификации по проведению СЛР, чтобы уверенно применять новейшие методы и методики в повседневной практике.

Список литературы:

1. Рекомендации Национального совета по реанимации РФ. // Вестник интенсивной терапии. — 2019. — № 1. — С. 4–16.
2. Терещенко Ю.Н., Белкин А.А. Руководство по сердечно-легочной реанимации. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. — 320 с.
3. Федеральный закон Российской Федерации «Об охране здоровья граждан». — № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г.
4. Хубутя М.Ш., Костюченко А.Л. Клинические рекомендации по сердечно-легочной реанимации. — М.: Национальное общество скорой медицинской помощи, 2017. — 216 с.
5. Исакович Ю. С., Макаренко А. В. Современные подходы к сердечно-легочной реанимации. Российский вестник анестезиолога-реаниматолога. 2021. С. 15—22.
6. Розанов В. Б., Конончук И. В. Использование роботизированных комплексов в сердечно-легочной реанимации. Журнал сердечно-сосудистой хирургии. 2022. С. 45—51.
7. Луценко Ю. И., Новикова Я. А. Биологическая обратная связь в обучении сердечно-легочной реанимации. Медицинская наука и образование Урала. 2023. С. 67—73.

ОЦЕНКА УГРОЖАЮЩИХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ

***Преподаватель Елисеева Н. В.
г. Самара, ГБПОУ «СМК им Н. Ляпиной***

Неотложных состояний у детей занимает одно из центральных мест в педиатрической практике. Развитие угрожающих жизни состояний в детском возрасте обусловлено анатомо-физиологическими особенностями, несовершенством нейрогуморальной регуляции функций организма, а также отягощенным преморбидным фоном (рахит, анемия, аномалии конституции и др.).

Все это приводит к быстрому срыву адаптационно-компенсаторных возможностей при воздействии неблагоприятных факторов. Каждый медицинский работник должен владеть основательными знаниями и умениями оказания неотложной помощи ребенку при

критических состояниях, тяжелых заболеваниях и несчастных случаях.

Методы оказания неотложной помощи детям постоянно совершенствуются с учетом новейших достижений в медицинской науке вообще и педиатрии в частности

В экстренной ситуации обследование детей должно быть направлено на поиск признаков угрожающих состояний.

Угрожающее состояние — это состояние, при котором существует декомпенсация жизненно важных функций организма ребенка (дыхания, кровообращения, нервной системы) или есть опасность ее возникновения.

По экстренности диагностики и началу лечебных мероприятий все эти состояния можно разделить на три группы по времени возникновения летального исхода:

- 10 минут – клиническая смерть, острая асфиксия (удушьё, инородное тело гортани или трахеи и др.), напряжённый клапанный пневмоторакс, эмболия лёгочной или среднемозговой артерии, наружное кровотечение из крупного артериального ствола.
- Несколько часов – отёк лёгких, шок любой этиологии, первичный инфекционный токсикоз, глубокая кома.
- Суток и более – острая почечная недостаточность, инфекционное поражение витальных органов.

Чем больше времени прошло при данном угрожающем состоянии, тем не благоприятней прогноз и интенсивнее должна быть медицинская помощь. Так при острых инфекционных заболеваниях критическими являются шесть часов с момента ухудшения состояния. Отсутствие неотложной помощи в этот период увеличивает вероятность летального исхода.

Чем младше ребёнок, тем большее значение будут иметь патологическое течение беременности и родов, ранний перевод на искусственное вскармливание, сопутствующие заболевания сердца, почек, поражение ЦНС (последствия перинатальной патологии) неблагоприятный аллергический фон, выраженные прививочные реакции, повторные ОРВИ через 14 – 21 день после предшествующего заболевания и многое другое.

При осмотре особое значение уделяют

1. поиску признаков угрожающих состояний;
2. определению признаков декомпенсации дыхания, кровообращения, степени угнетения сознания;
3. проведению лечебно-диагностических манипуляций: очистка полости рта и глотки от содержимого, при возможности определить сатурацию кислорода и провести оксигенотерапию.

О декомпенсации периферического кровотока свидетельствует отсутствие эффекта от сосудорасширяющих средств при мраморности кожного покрова.

Дыхание и кровообращение – основные жизненно важные функции. Отсутствие дыхания до трёх минут, не прекращается деятельностью сердца. Остановка кровообращения в течении трёх минут не приводит к биологической смерти клеток головного мозга. Таким образом 5 – 6 минут это срок наиболее эффективного проведения базовой сердечно-лёгочной реанимации.

У детей первым оцениваем адекватность дыхания, при этом необходимо знать нормы дыхательных движений у детей за 1 минуту:

- новорождённый 40 – 55,
- в год 35 – 40,
- в 5 лет 25 – 26,
- в 12 лет 14 – 20
- \geq 12 лет 12 – 18

О неадекватности дыхания свидетельствуют его отсутствие, брадипное или тахипное, одышка инспираторная или экспираторная, или патологические типы дыхания.

Вторым оцениваем кровообращение – ориентировочную оценку гемодинамики цвет кожного покрова и пальпация пульса. Диагностическую информацию имеют определение

пульса на периферических сосудах, его частота и ритм. Средние нормы частоты сердечных сокращений у детей за 1 минуту:

- новорождённый 40 – 55,
- в год 120 – 140,
- в 5 лет 95 – 100,
- в 12 лет 70 – 85
- ≥ 12 лет 60 – 80

Центральную гемодинамику отражает характеристика пульса при пальпации и непосредственное измерение АД. Пульс на лучевой артерии исчезает при АД ниже 50-60 мм рт. ст., на сонной артерии - ниже 30 мм рт. ст. Частота пульса достаточно информативный показатель тяжести состояния больного. Чем больше выражена гипоксия, тем более выражена тахикардия с вероятностью сменится брадикардией, аритмией.

Может оказаться полезным расчет «шокового индекса» — соотношение частоты пульса и уровня систолического АД.

Расчёт средних показателей АД.

Систолический показатель у малышей возрастом до 1 года рассчитывается следующим образом: $76 + 2k$, где k – возраст в месяцах.

Для детей старше 12 месяцев верхнее давление вычисляется при помощи формулы $90 + 2k$, где k – возраст в годах.

Диастолический показатель у ребенка до одного года насчитывает от $2/3$ до $1/2$ от систолического давления. У детей старше одного года показатель определяется так: $60 + p$, где p – количество лет. У детей до 5 лет о шоке свидетельствует индекс более 1,5, у детей старше 5 лет — более 1.

Третьим оцениваем состояние нервной системы. Если ребёнок в сознании оцениваем степень угнетения или возбуждения ЦНС.

Состояние субкомпенсации - когда адаптационные механизмы работают с перенапряжением и возникает угроза срыва: ребёнок беспокойный, возбуждённый, капризный. В отсутствие адекватного лечения компенсаторный механизм достигнет такого уровня нагрузки, при котором полностью исчерпает свои возможности, в результате чего дальнейшее противодействие нарушению станет невозможным и организм перейдет в стадию декомпенсации.

Декомпенсация (от лат. *с/е...* — приставка, обозначающая отсутствие, и *compensatio* — уравнивание, возмещение) — нарушение нормального функционирования отдельного органа, системы органов или всего организма, наступающее вследствие исчерпания возможностей или нарушения работы приспособительных механизмов. Такое состояние без неотложной помощи неизбежно приводит к летальному исходу.

При отсутствии сознания обращаем внимание на ширину зрачков и наличие их реакции на свет. Широкие, не реагирующие на свет зрачки, без тенденции к сужению — симптом глубокого угнетения ЦНС. У таких больных обязательно нужно проверить реакцию на боль и рефлексы с гортани и глотки, которые позволяют определить глубину комы и условия транспортировки.

Пытаясь следовать завету Сократа «знать не многое, а нужное», в данном сообщении включила лишь наиболее значимые сведения, необходимые для диагностики и лечения неотложных состояний у детей. В большинстве рассматриваемых клинических ситуаций для удобства использования приводятся разовые дозы лекарственных препаратов, в ряде случаев выделены суточные дозы. При этом приведенные рекомендации не являются единственно возможными или стандартными методами лечения в описанных ситуациях. Выбор лечения в каждом конкретном случае должен основываться на клиническом подходе и быть направлен на больного, а не только на болезнь, синдром или симптом.

Список литературы:

1 УМ рекомендации Куанова И.Д. «Неотложная педиатрия» Майкоп 2022 год

2. Э.К. Цыбульский «Угрожающее состояние у детей» Москва, 2021 год
3. В. В. Бутакова, С. А. Царькова, Е. В. Рузанов «Клинические протоколы оказания помощи в педиатрической практике» Екатеринбург, 2018.
- 4 Попов О.Ю., Бородина М.А., Кузовлев А.Н., Колодкин А.А. «Мероприятия по поддержанию жизнедеятельности в педиатрии: базовая и расширенная сердечно-легочная реанимация» Москва: Издательство «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова», 2023 год.
5. Чистякова В.Р. и др. Инородные тела дыхательных путей у новорождённых и грудных детей. М.: Икар, 2021 год
6. MedUniver.com «Алгоритм оценки состояния ребенка в неотложном состоянии Источник https://meduniver.com/Medical/pediatrics/ocenka_sostoiania_rebenka.html MedUniver
7. Батчаев, А.С. «Инородные тела лор органов и дыхательных путей в детском возрасте. Клиника, диагностика, лечение» 2022 год:

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ФЕЛЬДШЕРА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

*Преподаватели Ефимова Н.Н., Толстова И.В.
г. Саратов, ГАПОУ «СОБМК»*

Острый коронарный синдром (ОКС) – термин, используемый на догоспитальном или раннем госпитальном этапах, обозначает любую группу клинических признаков или симптомов, позволяющих подозревать острый инфаркт миокарда (ИМ) или нестабильную стенокардию (НС). ОКС характеризуется быстрым течением, высоким риском неблагоприятных исходов (внезапная коронарная смерть, инфаркт миокарда) и требует неотложных мер по спасению жизни больных и немедленной госпитализации. Это делает уникальной роль фельдшера, так как именно ему предстоит первый контакт с пациентом. Исход ОКС во многом зависит от своевременной диагностики, объема лечебных мероприятий, тактических решений фельдшера, который решает сразу несколько практических задач: проведение дифференциального диагноза ишемического/не ишемического генеза болей в грудной клетке, оказание неотложной помощи, оценка риска развития осложнений и их предупреждения, госпитализация пациента в целевой стационар.

В начальной диагностике ОКС проводится оценка характера болевого синдрома и/или его эквивалентов. Ангинозный приступ может отличаться от стенокардии интенсивностью (от незначительной до невыносимой), продолжительностью (от 20 минут до нескольких часов), полностью не купироваться приемом нитроглицерина.

Заподозрить ОКС следует в следующих ситуациях:

- 1) длительный (>20 мин) ангинозный приступ в покое;
- 2) впервые возникшая стенокардия, как минимум II ФК;
- 3) прогрессирующая стенокардия, утяжеление стабильной как минимум до III ФК;
- 4) постинфарктная стенокардия (появившаяся в первые 2 недели после ИМ).

Необходимо помнить, что ОКС как и ИМ может начинаться нетипично (астматический, абдоминальный, аритмический, цереброваскулярный, малосимптомный (безболевого) варианты). В клинической картине ОКС могут присутствовать, иногда преобладать, симптомы его основных осложнений – ОШН (отек легких, кардиогенный шок), аритмии (выраженной брадикардии или тахикардии) и др.

При физикальном обследовании изменения часто отсутствуют. Могут быть симптомы сердечной недостаточности или нарушения гемодинамики. Важно исключить несердечные причины кардиалгий и не ишемические заболевания сердца, а также выявить состояния, которые могли способствовать развитию ОКС.

Ключевым моментом в принятии клинических решений является стандартная ЭКГ в 12

отведениях, зарегистрированная в течение 10 минут от первого контакта пациента с медицинским персоналом. Фактически регистрация кардиограммы проводится во время болевого приступа. Весьма информативно сравнение зарегистрированной кардиограммы с предыдущими, если таковые доступны, особенно при наличии сопутствующей сердечной патологии (гипертрофия левого желудочка или предшествующий инфаркт миокарда). Выявление любой динамики, касающейся сегмента ST и зубцов T при наличии клинических признаков ишемии миокарда должно быть достаточным основанием для того, чтобы трактовать ситуацию как проявление ОКС и срочно госпитализировать больного.

Полностью нормальная ЭКГ у больных с симптомами, заставляющими подозревать ОКС, не исключает его наличия. Однако если во время сильной боли регистрируется нормальная ЭКГ, требуется исключение некоронарогенной природы болевого синдрома.

Внезапное появление на ЭКГ остро возникшей блокады левой ножки пучка Гиса (ЛНПГ) на фоне соответствующей клинической картины, также свидетельствует о наличии ОКС. Обязательным является и регистрация ЭКГ после купирования болевого синдрома и сравнение с зарегистрированной ранее.

Важнейшее значение для диагностики и стратификации риска имеет экспресс-оценка сердечных тропонинов. Однако, в течение ближайших 3 часов их уровень может еще не выходить за пределы нормальных значений. Отрицательный тест при наличии многочасовых некупирующихся болей, особенно при отсутствии изменений ЭКГ, побуждает искать некоронарогенные причины болевого синдрома.

Острый коронарный синдром протекает в двух формах, каждая может закончиться нестабильной стенокардией или инфарктом миокарда:

1. ОКС подъемом (элевацией) сегмента ST (ОКСспST)
2. ОКС без подъема сегмента ST (ОКСбпST)

Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST имеет серьезный прогноз. Стойкая (более 20 минут) элевация сегмента ST свидетельствует о распространенной и «глубокой» (трансмуральной) ишемии миокарда, обусловленной прекращением коронарного кровотока в бассейне одной из коронарных артерий за счет тромба, полностью окклюзирующего просвет сосуда, или при сочетании неокклюзирующего тромба и выраженного длительного спазма коронарной артерии («динамический стеноз»). В данном случае речь не идет об относительно кратковременном приступе вазоспастической стенокардии Принцметала, который сопровождается преходящим подъемом сегмента ST. Однако, пациенты с длительным затянувшимся и не купирующимся приступом вазоспастической стенокардии и «стойкими» изменениями на ЭКГ также должны быть отнесены к категории больных с ОКСспST.

Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST характеризуется болями в грудной клетке и (или) внезапно появившимися признаками острой ишемии на ЭКГ в покое - стойкая или преходящая депрессия сегмента ST и (или) инверсия зубца T, но отсутствует стойкий подъем сегмента ST – субэндокардиальная (нетрансмуральная) ишемия миокарда. В этом случае возникновение острой ишемии связано с формированием неокклюзирующего пристеночного тромба, как правило, в области расположения нестабильной атеросклеротической бляшки. В последующем у большинства больных острый коронарный синдром без стойкого подъема сегмента ST возможно возникновение либо нестабильной стенокардии, либо инфаркта миокарда без патологического зубца Q.

Целями лечения ОКС на догоспитальном этапе являются:

1. предотвращение сердечно-сосудистых осложнений, включая сердечно-сосудистую смерть, развитие нефатального инфаркта миокарда.
2. предотвращение развития жизнеугрожающих нарушений сердечного ритма и проводимости, острых проявлений сердечной недостаточности;
3. ограничение зоны ишемического повреждения миокарда.

Можно выделить следующие основные направления лечения:

1. Купирование болевого синдрома (нитраты, наркотические анальгетики, β -блокаторы, тромболитические препараты).
2. Восстановление коронарного кровотока - антитромбоцитарная терапия (дезагреганты, антикоагулянты, тромболитическая терапия).
3. Уменьшение потребности миокарда в кислороде (покой, обезболивание, седация, нитраты, β -блокаторы).
4. Ограничение размеров некроза (нитраты, β -блокаторы, тромболитическая терапия).
5. Лечение и профилактика осложнений ОКС (шок, аритмии).

На фельдшерско-акушерском пункте рекомендуется следовать следующему алгоритму неотложной медицинской помощи при ОКС:

1. Сбор жалоб, анамнеза, осмотр, оценка болевого синдрома; регистрация ЭКГ в 12-ти отведениях, контроль гемодинамики (АД, ЧСС, ЧДД), пульсоксиметрия, глюкометрия, определение уровня кардиоспецифических ферментов крови экспресс-методом.
2. Вызов бригады СМП с указанием причины – «ОКС».
3. Ограничение двигательной активности (запрет самостоятельных передвижений).
4. Купирование болевого синдрома – Нитроглицерин 0,5 мг под язык или в виде спрея 1-2 дозы; при неэффективности повторить дважды через 5-7 минут под контролем АД и ЧСС.
5. Антитромбоцитарная терапия: Ацетилсалициловая кислота (АСК) 250-300 мг разжевать (не рекомендуется использование кишечнорастворимой формы), Тикагрелор (брилинта) внутрь 180 мг (2 таблетки по 90 мг). Альтернатива Тикагрелору - Клопидогрель (Плавикс, Зилт, Эгитромб) 300 мг (4 таблетки по 75 мг), больным старше 75 лет - 75 мг.
6. Метопролол 50 мг внутрь или под язык при тахикардии или гипертонии без признаков сердечной недостаточности (при отсутствии абсолютных противопоказаний).
7. Катетеризация периферической вены пластиковым катетером - 0,9% NaCl 200 мл в/в медленно.
8. Антикоагулянтная терапия: Гепарин 5000 ЕД в/в болюсно (при отсутствии противопоказаний – при приеме антикоагулянтов непрямого действия (варфарин) и прямых пероральных антикоагулянтов (ривароксабан, дабигатран, апиксабан) - гепарин не вводится!).
9. Ингаляция кислорода при $SpO_2 \leq 90\%$.

Перед фельдшером бригады скорой медицинской помощи стоят следующие задачи:

1. Быстро, не более чем за 20 минут доехать до пациента.
2. Быстро диагностировать (на регистрацию ЭКГ 10 минут).
3. Правильно определить направления терапии и госпитализации.

Каждая бригада СМП, в том числе и фельдшерская, должна быть готова к проведению активного лечения больного с ОКС: купирование болевого синдрома, антитромботическую терапию, включая проведение тромболитического, лечение осложнений, мероприятия по сердечно-легочной реанимации.

Общие мероприятия при ОКС:

1. Удостовериться в выполнении/выполнить объем лечебно-диагностических мероприятий: купирование болевого синдрома, введение антикоагулянтов, прием ацетилсалициловой кислоты, брилинты/клопидогреля, бета-блокаторов.
2. Обеспечить полноценное обезболивание:
Морфина сульфат 10 мг (1 мл 1% раствора) в разведении натрия хлорида 0,9%-20 мл в/в, медленно, дробно 2-4 мг в течение 5 минут, при необходимости введение повторяют каждые 5-15 мин по 2-4 мг до купирования боли (в минимально эффективной дозе) или развитии побочных осложнений.
3. Зарегистрировать ЭКГ в 12-ти отведениях, осуществить дистанционное консультирование ЭКГ (при необходимости и возможности).

4. Проводить непрерывное мониторное наблюдение за больным с помощью кардиомонитора с оценкой основных параметров.
5. Продолжать ингаляции увлажненного кислорода через лицевую маску или носовые канюли 4-8 л/мин всем больным. Продолжать оксигенотерапию при снижении коэффициента сатурации ниже 90% (пульсоксиметрия).
6. Определить возможность доставки пациента с ОКС в стационар, осуществляющий проведение чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ).
7. Информировать стационар, осуществляющий проведение ЧКВ, о пациенте с ОКС и сроках предполагаемой доставки.
8. Обеспечить указание в карте вызова и сопроводительном талоне времени начала ОКС, первичного медицинского контакта (ПМК) и доставки пациента в стационар.

Действия фельдшера СПМ при ОКСспST:

1. Оценить показания и принять решение о проведении реперфузии инфаркт-связанной артерии. Реперфузионная терапия должна быть проведена пациентам с ОКСспST при наличии следующих показаний:

- наличие на ЭКГ подъема сегмента ST на 2 мм и более по меньшей мере в двух соседних грудных отведениях или на 1 мм в двух из трех «нижних» отведений от конечностей /впервые выявленной полной блокады левой/правой ножки пучка Гиса;
- возможность проведения реперфузии инфаркт-связанной артерии не позднее 12 часов от начала / усиления симптомов;
- оптимальным временным периодом для проведения реперфузионной терапии считается период болевого синдрома до 12 часов, однако, в ситуациях сохраняющегося/рецидивирующего болевого синдрома в грудной клетке, появлением нестабильности гемодинамики и желудочковых нарушений ритма сердца, нарушения проводимости, проявлений острой сердечной недостаточности сроки проведения реперфузионной терапии существенно расширяются.

2. Определить и отразить в медицинской документации время ПМК, оценить временные возможности транспортировки, а также предполагаемое время от ПМК до проведения ЧКВ.

3. Выбрать реперфузионную стратегию (первичное чрескожное коронарное вмешательство, тромболитическая терапия (ТЛТ)).

- первичное ЧКВ является предпочтительным способом реперфузии инфаркт-связанной артерии при наличии возможности доставки пациента в ангиографический кабинет в течение 90 минут от ПМК;
- при прогнозируемом времени от ПМК до раздутия баллона в инфаркт-связанной артерии более 90 минут всем пациентам с ОКС с подъемом сегмента ST, не имеющим противопоказаний для введения тромболитических препаратов, в максимально ранние сроки (менее 30 минут от момента ПМК) должна быть проведена тромболитическая терапия следующими препаратами: Фортелизин (рекомбинантный белок) 15 мг в разведении раствора натрия хлорида 0,9%-15 мл в/в болюсом в течении 10-15 секунд или Метализе (тенектеплаза) лиофилизат растворяется в воде для инъекций согласно прилагаемой инструкции, вводится в/в болюсом в течении 10-15 секунд, дозируется в соответствии с массой тела пациента: 6 мл – при массе тела <60 кг, 7 мл – при массе тела \geq 60 и <70 кг, 8 мл – при массе тела \geq 70 и <80 кг, 9 мл – при массе тела \geq 80 и <90 кг, 10 мл – при массе тела \geq 90 кг. При применении Тенектеплазы целесообразно использовать эноксапарин или нефракционированный гепарин.

Тактика фельдшера СПМ при ОКСспST:

1. Медицинская эвакуация в стационар на носилках (не тратить время на сбор вещей и документов). Госпитализация минуя приёмное отделение в ангиографический кабинет для проведения первичного ЧКВ, ЧКВ спасения при неэффективном тромболитизисе в максимально ранние сроки или ЧКВ после эффективного тромболитизиса в течение суток.

2. При отказе (письменном) от медицинской эвакуации в стационар – актив на «03» через 2 часа.
3. При повторном отказе – актив в поликлинику.

Действия фельдшера СПМ при ОКСбпСТ:

1. Пациентам с ОКС без подъема сегмента ST проведение ТЛТ не показано т.к. малоэффективно. Лечение таких больных направлено на устранение выраженной ишемии миокарда и предотвращение процесса дальнейшего тромбообразования.

2. При наличии высокого риска развития неблагоприятных ишемических событий (стойкий/рецидивирующий болевой синдром, стойкая/рецидивирующая депрессия сегмента ST на ЭКГ, нестабильные гемодинамические параметры, желудочковые нарушения ритма, сахарный диабет, почечная недостаточность) показана экстренная госпитализация пациентов в стационар, где есть возможность выполнения ЧКВ в течение 2-х часов от момента ПМК.

Тактика фельдшера СПМ при ОКСбпСТ:

1. Медицинская эвакуация в стационар на носилках (не тратить время на сбор вещей и документов). Госпитализация в БРИТ кардиологического отделения минуя приемное отделение.

2. При отказе (письменном) от медицинской эвакуации в стационар – актив на «03» через 2 часа.

3. При повторном отказе – актив в поликлинику.

Список литературы:

1. Клинические рекомендации 2024. Острый коронарный синдром со стойким подъемом сегмента ST электрокардиограммы. РКО. Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава Российской Федерации.
2. Клинические рекомендации 2024. Острый коронарный синдром без стойкого подъема сегмента ST электрокардиограммы. РКО. Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава Российской Федерации.
3. Айзман Р.И. Основы оказания медицинской помощи: учебное пособие / Р.И. помощи Айзман, И.В. Омельченко, Д.А. Сысоев. — Москва : КноРус, 2023. — 288 с. — на месте происшествия и в очагах чрезвычайных ситуаций / И.Ф. Богоявленский. — Санкт-Петербург : Медиус, 2005. — 306 с.
4. Кулигин А. В. Основы первой помощи и ухода за больными : учебное пособие / А.В. Кулигин, Е.П. Матвеева, Д.И. Нестерова, А.П. Ададимова. — Москва : КноРус, 2023. — 296 с. — ISBN 978-5-406-10515-3.
5. Логвина, В. К. Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе. Синдромная патология и дифференциальная диагностика : учебное пособие для СПО / В. К. Логвина, А. Ф. Купреенкова. — 3-е изд., стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2022. — 284 с. — ISBN 978-5-8114-9089-9. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/184140>. — Режим доступа: для авториз. пользователей.
6. Неймарк М.И. Оказание доврачебной медицинской помощи при неотложных и экстремальных состояниях: учебное пособие / М.И. Неймарк, В.В. Шмелев. — Москва : КноРус, 2024. — 220 с. — ISBN 978-5-406-12042-2.
7. Авраменко Т.В. Острый коронарный синдром: принципы оказания неотложной медицинской помощи взрослому населению фельдшером / помощником участкового врача на догоспитальном этапе. Медицинские новости. — 2024. — №2. — С. 71–74.
8. Коков Л.С., Петриков С.С., Писанкина М.М., Дашевский Е.А., Попугаев К.А., Пархоменко М.В., Кузьмина И.М., Бабаян И.С., Воронцова К.И., Хамидова Л.Т., Клычникова Е.В., Гончаров С.П., Спасский А.А., Крамаренко А.И. Течение и исходы острого коронарного синдрома в условиях новой коронавирусной инфекции COVID-19. Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». 2022;11(2):238-248. <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2022-11-2-238-248>

9. Серебренников И.И., Копылов Ф.Ю., Комаров Р.Н., Муканова М.Б., Исмаилбаев А.М., Гафуров Ф.С. Организационные и клинические аспекты острого коронарного синдрома, сочетающегося с новой коронавирусной инфекцией (SARS-COV-2). *Евразийский Кардиологический Журнал*. 2023;(2):6-11. <https://doi.org/10.38109/2225-1685-2023-2-6-11>

ОКАЗАНИЕ ДОВРАЧЕБНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПРИ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОМ КРИЗЕ

*Преподаватели Инюшкина Ю.Е., Андреева Е.В.
г. Самара, ГБПОУ «СМК им. Н.Ляпиной»*

Около 50% всех случаев смерти от сердечно-сосудистых заболеваний приходится на долю артериальной гипертензии. Артериальную гипертензию называют «Королевой зла». У 12-15 % - наблюдается стойкое повышение артериального давления. Это патология является частой причиной развития жизненно опасных острых заболеваний сердца (инфаркт миокарда) и мозга (инсульт), в том числе и у лиц трудоспособного возраста. Одним из частых осложнений заболевания является гипертонический криз.

Термин «криз» обозначают внезапное резкое повышение давления до индивидуально высоких цифр при котором происходят изменения в организме, характеризующиеся приступообразным появлением или усилением симптомов болезни и носят преходящий характер. Гипертоническим кризом следует считать не столько внезапное повышение артериального давления значительно выше нормы, а также резкое ухудшение самочувствия. Основными клиническими проявлениями криза являются резкие раздражающие боли в затылочной области, тошнота, головокружение и рвота, чувство сдавления или тяжести за грудиной, мелькание мушек перед глазами, звон в ушах, помутнение сознания. У них отмечается резкое покраснение лица и шеи, иногда в виде больших красных пятен, потливость, дрожь в конечностях, паника и чувство страха. Артериальное давление при этом может иметь значение от 160 и 90 мм рт.ст. и повышаться до 200-240 и 100 мм рт.ст. Нередко гипертонические кризы могут сопровождаться носовыми кровотечениями, которое можно рассматривать как осложнение.

Очень важным моментом является оказание неотложной доврачебной помощи при гипертоническом кризе.

Во-первых, никогда не следует прибегать к самостоятельному назначению гипотензивных средств. В зависимости от причины криза показания к применению одних препаратов являются противопоказанием к использованию других. Реакция на один и тот же гипотензивный препарат у людей разного возраста и с различными заболеваниями может настолько не совпадать (от развития коллапса до еще большего повышения уровня артериального давления), что непрофессионал скорее навредит, чем принесет облегчение.

Во-вторых, дозировка лекарства носит строго индивидуальный характер и, как правило, подбирается врачом на протяжении многих дней, а то и недель. При гипертоническом кризе можно достаточно эффективно помочь больному и без применения медикаментозных средств. Для этого необходимо сделать все возможное, чтобы уменьшить объём циркулирующей крови и её приток в верхнюю половину туловища. В древности врачеватели для этой цели прибегали к кровопусканию. Не меньшего эффекта можно добиться, используя лишь одно простое правило: больного не следует укладывать с низко опущенной головой. Его нужно либо удобно посадить, либо подложить род голову несколько подушек - это позволит безо всяких проблем «разгрузить» мозг. Для более быстрого оттока крови к нижним конечностям следует приложить к стопам грелку или опустить их в таз с теплой водой. Некоторому снижению артериального давления способствуют горчичники,

наложенные на заднюю поверхность шеи.

Запомните! В первые минуты облегчить состояние больного при гипертоническом кризе можно и без медикаментозных средств.

Схема оказания неотложной помощи при гипертоническом кризе: 1. При признаках гипертонического криза обязательно измерить артериальное давление; 2. Усадить больного или придать его головному концу возвышенное положение; 3. Приложить тепло к ногам (горячая ножная ванна, грелка); 4. Поставить горчичники на заднюю поверхность шеи; 5. Вызвать врача, наблюдать за состоянием больного до прибытия врача.

Грозными осложнениями гипертонических кризов являются разрывы мозговых сосудов с кровоизлияниями в мозг - так называемые мозговые инсульты или удары. Больной при этом внезапно теряет сознание и впадает в состояние мозговой комы. Если в течение нескольких суток он не умирает, то на протяжении многих месяцев и лет он прикован к постели из-за паралича конечностей и нарушения многих функций головного мозга. Другим не менее опасным осложнением является развитие инфаркта миокарда и сердечной недостаточности.

Роль сестринского ухода в профилактике и предупреждении осложнений от гипертонического криза чрезвычайно важна. Если медработник не объяснит больному и его родным, что от регулярного контроля артериального давления, соблюдения диеты и режима будет зависеть степень опасности всех последствий приступа, то сами они вряд ли придут к такому выводу и будут соблюдать все меры профилактики. Благоприятного успеха в профилактике гипертонической болезни можно достичь, если пациент будет иметь четкое представление о своей болезни, знать факторы риска, уметь самостоятельно контролировать течение заболевания и добросовестно выполнять рекомендации медицинского персонала по изменению образа жизни. Все это входит в обязанности медицинской сестры, поэтому роль среднего медицинского персонала при данном заболевании очень важна. В поликлиниках необходимо активно наблюдать пациентов, входящих в группу риска по развитию гипертонической болезни. При установленном диагнозе привлекать пациентов к обучению в «школах здоровья».

Сестринские вмешательства, включая работу с семьей пациента, по следующим направлениям:

- проводит беседу с семьей о необходимости соблюдения диеты с ограничением соли (не выше 3-5 г/сут).

- объясняет семье необходимость щадящего режима дня для больного (улучшение служебных и домашних условий, возможное изменение условий работы, характера отдыха, ограничение громких и резких звуков и т. п.).

- объясняет необходимость обеспечения пациенту полноценного сна. разъясняет условия, способствующие сну: проветривание помещения, недопустимость приема пищи непосредственно перед сном, нежелательность просмотра тревожащих телепередач. При необходимости проконсультироваться с врачом о назначении успокаивающих или снотворных препаратов.

- обучает родственников пациента приемам релаксации для снятия напряжения и тревоги.

информирует семью пациента о влиянии курения и алкоголя на уровень артериального давления.

- информирует родственников о действии лекарственных препаратов, назначенных лечащим врачом, убедить его в необходимости систематического и длительного их приема только в назначенных дозах и их сочетаний с приемом пищи.

- проводит беседу о возможных осложнениях гипертонической болезни, указать на их причины.

- проводит контроль передаваемых продуктами родственниками или другими близкими людьми у стационарных пациентов.

- обучает пациента (семью): (определять частоту пульса; измерять артериальное

давление;
распознавать начальные симптомы гипертонического криза;
оказывать доврачебную помощь при этом).

В настоящее время работу медицинской сестры можно рассматривать как новый вид профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического характера, целью которого является профилактика заболеваний и их осложнений.

В укреплении собственного здоровья пациенту с гипертонической болезнью отводится активная роль, и медицинская сестра тактично, но настойчиво должна поддержать больного в его стремлении изменить свою жизнь. Родственники и пациент должны уяснить, что лечение гипертонической болезни – процесс длительный. Целью обучающих мероприятий при артериальной гипертензии является не только снижение давления, но и улучшение качества жизни данной категории больных, а также профилактику гипертонических кризов.

Список литературы:

1. Заречнева Т. Ю. Проведение сестринского ухода в терапии. Инструментальные методы исследования: учебное пособие для СПО / Т. Ю. Заречнева. — 2-е изд., стер. — Санкт-Петербург: Лань, 2021. — 84 с.

2. Заречнева Т. Ю. Сестринский уход в кардиологии: учебное пособие / Т. Ю. Заречнева. — Санкт-Петербург: Лань, 2020. — 228 с.

3. Лычев В. Г. Сестринский уход в терапии. Участие в лечебно-диагностическом процессе: учебник / В. Г. Лычев, В. К. Карманов. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 552 с

ПОПУЛЯРИЗАЦИЯ НАВЫКОВ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ

Преподаватель Костина И. А.

*г. Кузнецк, Кузнецкий филиал ГБОУ ПО «Пензенский областной
медицинский колледж»*

С каждым годом добровольчество в различных сферах нашей жизни получает всё более широкое распространение. Так устроен наш народ – мы всегда, в той или иной степени, готовы прийти на помощь тем, кому она нужна здесь и сейчас. Общество прекрасно все понимает и видит, где у системы происходит «просадка» и где стоит подключиться, начиная от поиска попавших людей и оказания первой помощи пострадавшим до сбора и доставки гуманитарных грузов и отправки добровольцев в зону проведения специальной военной операции. Мы такие, какие мы есть. И в этом наша сила!

Однако, к большому сожалению, благая идея и бескорыстное желание добровольцев БЫТЬ полезными и эффективными для общего дела, подчеркивает необходимость решения проблемы оказания первой помощи и улучшения системы обучения в этой области. Поскольку эта проблема остается одним из ключевых вопросов, касающихся безопасности и сохранения человеческих жизней. Согласно статистическим данным, в нашей стране 25% пострадавших лиц погибают из-за неоказания первой помощи на месте происшествия. Исследования, проведенные Всемирной организацией здравоохранения, указывают на потенциальную возможность предотвращения до 70% этих смертей при наличии человека, который способен оказывать первую помощь на месте чрезвычайного происшествия.

Для решения данной проблемы необходимо развитие новой действенной системы пропаганды, обучения навыкам оказания первой помощи, как акта гуманизма среди населения, которая будет способствовать возможному спасению жизни человека. Наиболее перспективной группой, по нашему мнению, является молодежь.

На современном этапе молодежь, студенчество, как представители активной, здоровой части нашего общества, являются основным движущим звеном в формировании эффективной спасательной цепочки.

Всё вышеизложенное и определило цель исследования: на основе изучения факторов мотивации к оказанию первой помощи, разработать программу по популяризации навыков оказания первой помощи в студенческой среде.

Достижение названной цели возможно при успешном решении следующих задач:

1. Выявить факторы, побуждающие и сдерживающие активность студентов по оказанию первой помощи.
2. Определить мероприятия, повышающие эффективность пропаганды обучения навыкам оказания первой помощи в молодежной среде.
3. Разработать информационно – методический пакет модельных инструментов для повышения эффективности реализации программы по популяризации навыков оказания первой помощи в студенческой среде.
4. Разработать программу по популяризации навыков оказания первой помощи в студенческой среде.

Гипотеза: создание программы по популяризации навыков оказания первой помощи в студенческой среде будет способствовать повышению знаний, навыков и уверенности студентов в действиях при чрезвычайных ситуациях и несчастных случаях.

Научная новизна исследования заключается в том, что впервые показана перспективность создания и работы программы по популяризации навыков оказания первой помощи среди студентов СПО города Кузнецка.

Научно – исследовательская работа велась в несколько этапов.

На первом этапе, для разработки программы по популяризации навыков оказания первой помощи в студенческой среде, мы проанализировали особенности их мотивации с помощью анкетирования студентов различных средних специальных учебных заведений нашего города.

Мы предположили, что одним из основных побудительных факторов участия в обучении студентов навыкам первой помощи является *mainstream* (мода на альтруизм), а один из возможных сдерживающих факторов связан с недостатками информированности студентов в этом вопросе.

Была сформирована и подготовлена группа сбора первичной информации (интервьюеров). Подготовлен инструментарий сбора первичной информации, разработана и утверждена анкета для проведения социологического исследования.

На 2 этапе исследования мы провели анализ на основании социологического опроса. Объектом исследования служили 80 человек (это студенты СПО города Кузнецка).

В ходе экспериментальной работы нами были получены следующие результаты исследования:

85% опрошенных студентов считают, что в настоящее время в России актуальна проблема владения навыками оказания первой помощи; 10% полагают, что она не актуальна; 5% респондентов затруднились ответить на данный вопрос.

Из всех опрошенных, лишь 20% респондентов приходилось когда – либо самостоятельно оказывать первую помощь; 80% из них никогда не приходилось этого делать.

Побудительными мотивами личного участия в обучении навыкам оказания первой помощи являются: стремление помогать людям – 90%, желание помочь конкретному человеку – 2,5%, пример других людей – 5%. 2,5% также считают, что «уметь оказывать первую помощь – престижно», как одну из причин, по которой бы они согласились обучаться.

При этом, сдерживающих мотивов неучастия, не отметил никто.

Все опрошенные считают, что государство должно принимать меры по решению проблемы овладения населения навыками первой помощи. Среди этих мер, по мнению респондентов, в первую очередь, должны быть: более масштабная реклама и пропаганда в СМИ (40%); проведение обучения по месту работы (учебы) (40%); поддержка проектов, направленных на пропаганду обучения (20%).

За последние 12 месяцев, респондентам встречались материалы, пропагандирующие обучение навыкам оказания первой помощи на телевидении и в сети Интернет (40%); на

рекламных щитах и растяжках (31%); в газетах и журналах (12,5%); в специализированных изданиях (10%). 37,5% респондентов такие материалы не встречались.

В результате опроса свою готовность к освоению навыков оказания первой помощи выразили все 80 респондентов. Можно полагать, что наша работа по популяризации первой помощи в студенческой среде станет активным шагом к приобретению студентами СПО г. Кузнецка знаний, навыков и уверенности в действиях при чрезвычайных ситуациях и несчастных случаях.

Первые шаги к этому уже сделаны. С момента начала СВО мы провели более 30 мастер – классов по навыкам оказания первой помощи студентов СПО в рамках проекта «Равный – равному». На протяжении нескольких лет проводим обучающие занятия для отряда содействия полиции «Тигр».

Активную позицию по обучению студентов СПО занимают обучающиеся нашего колледжа, вступившие во Всероссийское общественное движение «Волонтеры – медики» и прошедшие обучение по дополнительной программе «Просветительская деятельность среди населения по оказанию первой помощи», действующей в соответствии с Международными стандартами по первой помощи, реанимации и образованию. С последующей выдачей сертификата младшего инструктора по первой помощи.

В рамках федерального проекта «Профессионалитет», проведены открытые мастер – классы по первой помощи для учеников старших классов школ города Кузнецка и Кузнецкого района, где приняли участие более 100 человек. Они были задействованы в интересных мастер–классах, которые провели опытные инструкторы по первой помощи.

Быть или не быть? Каждый должен решить для себя, хочет ли он овладеть навыками первой помощи. Важен даже не сам ответ, а то, что именно побуждает человека это делать. Мы всегда, в той или иной степени, готовы прийти на помощь тем, кому она нужна здесь и сейчас. Мы такие, какие мы есть. И в этом наша сила!

Чем большее число людей будет обучено этим навыкам, тем меньше будут санитарные и безвозвратные потери в условиях чрезвычайных ситуаций мирного и военного времени.

Список литературы:

1. Балабанов, В.А. Проблемы и перспективы подготовки обучающихся России к оказанию первой помощи в чрезвычайных ситуациях/ В.А. Балабанов // Проблемы и перспективы развития образования в России. – 2015.– № 34. – С. 35–38.

2. Зими́на, И.С. Формирование готовности учащихся к безопасному поведению в опасных ситуациях / И. С. Зими́на, О. А. Деминцева, М. Н. Гаврилова // Вестник Оренбургского государственного университета. – 2017. – № 11. – С. 8–12.

3. Фомичев, В. А. Учебное пособие по оказанию первой помощи / В. А. Фомичев, О. В. Королева. – Новосибирск, 2020. – 28 с.

4. Флеминг, Дж. Опыт учителей и восприятие обучения оказанию первой помощи в чрезвычайных ситуациях: качественное исследование / Дж. Флеминг // Перспективы сестринского образования. – 2022. – № 3. – С. 154-156.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ

*Преподаватель Костина Н.П.
Г. Оренбург, ОрИПС – филиал ПривГУПС*

Внезапные ухудшения здоровья, аварии, несчастные случаи. В таких ситуациях счет идет на секунды, и от своевременной и грамотной доврачебной помощи может зависеть жизнь человека. Таким образом, доврачебная помощь – это комплекс мероприятий, направленных на облегчение состояния пострадавшего до прибытия медиков.

История доврачебной помощи насчитывает столетия и тесно переплетается с

развитием медицины и социальных институтов от древнего мира до сегодняшнего дня. В настоящее время, идет акцент на обучение населения навыкам оказания первой помощи, развитие телемедицины и дистанционного консультирования. Распространение автоматических наружных дефибрилляторов (АНД) и обучение их применению.

Сегодня доврачебная помощь – это важная часть системы здравоохранения, направленная на сохранение жизни и здоровья людей в экстренных ситуациях. Постоянно совершенствуются методы обучения, разрабатываются новые технологии и протоколы, чтобы сделать доврачебную помощь более эффективной и доступной.

По результатам масштабного социологического исследования, проведенного Российским Красным Крестом (охват - более 3200 человек старше 14 лет со всей России), выявлено, что почти половина россиян сталкивалась с ситуациями, требующими навыков оказания первой помощи. При этом, больше половины опрошенных (55%) испытывают неуверенность и страх перед оказанием помощи в экстренной ситуации. Главными препятствиями для оказания помощи являются недостаток знаний (50%) и опасения причинить вред (37%).

Председатель Российского Красного Креста Павел Савчук подчеркнул, что, несмотря на важность обучения первой помощи, существует ряд проблем, которые необходимо решить для его расширения, повышения качества и доступности. По его мнению, требуются не только усилия общественных организаций, но и системные решения на государственном уровне, включая стандартизацию учебных программ, сертификацию преподавателей и обязательную практическую подготовку в курсах первой помощи.

Исследование также показало, что готовность помогать зависит от характера неотложной ситуации. Если при травмах и ожогах более 60% респондентов готовы оказать помощь, то при нарушениях дыхания или остановке сердца – менее 37%. Значительная часть населения (41%) надеется на помощь окружающих, а четверть опрошенных (26%) – на оперативное прибытие профессиональных медиков.

Из этого следует, что и на данный момент могут возникать ряд проблем при оказании неотложной помощи.

На сегодняшний день при оказании доврачебной помощи пациентам в неотложных состояниях существует ряд проблем, снижающих ее эффективность и доступность:

1. Недостаточная осведомленность и подготовка населения:

Низкий уровень знаний: Многие люди не имеют базовых навыков оказания первой помощи, не знают, как распознать симптомы неотложных состояний, или боятся навредить пострадавшему.

Отсутствие систематического обучения: Недостаточно программ обучения первой помощи для различных групп населения (школьники, студенты, водители, сотрудники предприятий и т.д.).

Недостаточная мотивация: Многие люди считают, что оказание первой помощи – это обязанность медиков, а не их личная ответственность.

2. Проблемы с доступностью и оперативностью экстренной медицинской помощи:

Удаленность от медицинских учреждений: В сельской местности и отдаленных районах время прибытия скорой помощи может быть критически долгим.

Недостаточное количество бригад скорой помощи: В крупных городах не хватает машин и персонала для оперативного реагирования на все вызовы.

Пробки и загруженность дорог: Затрудняют передвижение скорой помощи, увеличивая время прибытия.

3. Юридические и этические аспекты:

Страх ответственности: Некоторые люди боятся оказывать помощь из-за опасений быть привлеченными к ответственности за неправильные действия.

Неопределенность правового статуса добровольцев: Отсутствие четкого правового регулирования деятельности добровольных спасателей и людей, оказывающих первую помощь.

Этические дилеммы: Ситуации, когда необходимо принимать сложные решения в условиях ограниченной информации и времени.

4. Технические проблемы:

Нехватка средств индивидуальной защиты: Отсутствие перчаток, масок и других средств защиты от инфекций у людей, оказывающих первую помощь.

Недостаточное оснащение аптек первой помощи: Отсутствие необходимых препаратов и перевязочных материалов в аптечках.

Проблемы со связью: в отдаленных районах может быть плохая связь, что затрудняет вызов скорой помощи.

5. Психологические факторы:

Стресс и паника: Экстренная ситуация может вызвать стресс и панику, мешающие адекватно оценить ситуацию и принять правильные решения.

Эмоциональное выгорание: Люди, оказывающие первую помощь на регулярной основе (спасатели, волонтеры), подвержены риску эмоционального выгорания.

Решение этих проблем требует комплексного подхода, который включает в себя:

1. Повышение уровня знаний и навыков населения в области первой помощи.
2. Развитие системы экстренной медицинской помощи.
3. Совершенствование правового регулирования деятельности добровольцев.
4. Обеспечение доступности средств индивидуальной защиты и аптек первой помощи.
5. Оказание психологической поддержки людям, оказывающим первую помощь.

Устранение этих проблем позволит повысить эффективность и доступность доврачебной помощи, что, в свою очередь, приведет к снижению смертности и инвалидности в результате неотложных состояний.

Список литературы:

1. Коротков Б.П. Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе: оказание скорой помощи в экстремальных условиях. Курс лекций: Учебное пособие для СПО / Б.П. Коротков – 2-е изд., - Изд. «ЛАНЬ», 2025. – 208 с. – ISBN 978-5-507-50498-5.
2. Волков, А. С. Оценка эффективности различных программ обучения первой помощи для населения. // Здоровоохранение Российской Федерации. – 2025. – Т. 69, № 6. – С. 12-18.
3. Российский Красный Крест: Почти половина россиян сталкивалась с ситуацией, требующей владения навыками оказания первой помощи // Российский Красный Крест [сайт]. – 2024. – URL: https://www.redcross.ru/news/?ELEMENT_ID=4037 (дата обращения: 15.12.2025).

ПРАКТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ В ОСВОЕНИИ ОБУЧАЮЩИМИСЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО МОДУЛЯ ПМ.05 ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЭКСТРЕННОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ ФОРМАХ, В ТОМ ЧИСЛЕ ВНЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

*преподаватель Кузьмичёва О.Ю.
г. Богородск, ГБПОУ НО НМК*

Федеральный образовательный стандарт среднего профессионального образования по специальности 31.02.01 Лечебное дело большое значение придает деятельностным компонентам содержания образования, ключевым элементом которых являются умения. В настоящее время делается акцент на практическую готовность выпускника к реальным

жизненным ситуациям, где умение оказывать неотложную помощь является одним из базовых и жизненно необходимых навыков.

Для формирования навыков оказания неотложной медицинской помощи по профессиональному модулю применяются различные методы обучения, основной целью которых является отработка практических навыков и приемов оказания доврачебной помощи до автоматизма.

Приобретение опыта первоначальной практической деятельности при вовлечении обучающихся в работу, повышение их активности, а также мотивация к изучению предложенного учебного материала возникает от потребности в решении практической задачи. При подготовке обучающихся учитывается практико-ориентированный характер, применительно к реальной опасной ситуации [6].

Практические занятия проводятся в кабинете, оснащенного техническими, наглядными и аудиовизуальными средствами обучения. Для каждого занятия разработаны методические рекомендации для обучающихся.

В ходе проведения практических занятий применяются следующие педагогические технологии:

1) демонстрация преподавателем навыков оказания неотложной помощи повышает мотивацию, создает атмосферу делового общения и улучшает запоминание;

2) выполнение компетентностно-ориентированных заданий, у обучающихся формируются общие и профессиональные компетенции, исходя из конкретной практической ситуации. В ходе решения заданий, обучающиеся осознанно и самостоятельно изучают и отработывают алгоритм действий по оказанию экстренной помощи пострадавшим;

3) применение тренажеров-манекенов способствует формированию четкого представления о приемах поддержания жизненно важных функций организма;

4) использование технологии деловой игры вносит разнообразие и интерес в учебный процесс;

5) просмотр видеофильмов, мультимедийных презентаций, практический действия преподавателя, позволяет повысить эффективность формирования знаний и умений по оказанию помощи в экстренной форме.

На занятиях преподаватель выступает в роли тьютера – руководит действиями обучающихся, передаёт знания и помогает им осознанно строить свои образовательные траектории, определять личные цели и пути их достижения. Все время обеспечивается постоянная обратная связь обучающихся с преподавателем, который помогает сосредоточить внимание на отработке действий. Предупреждение ошибочных действий достигается четким показом и объяснением техники выполнения этого действия, использованием подготовительных упражнений, учетом индивидуальных возможностей обучающихся

В процессе оказания первой помощи, обучающимся следует помнить правило «Золотого часа», согласно которому «здоровье попавшего в критическое положение человека балансирует на грани жизни и смерти, и когда пострадавшему можно оказать наиболее действенную помощь» (рис.1).



рис. 1

Суть «Золотого часа» заключена в том, что за этот относительно короткий промежуток времени, пострадавший может потерять шанс выжить в экстренной ситуации, либо у него разовьются тяжелые нарушения в организме, которые негативно повлияют на процесс дальнейшего лечения в случае, если ему не будет оказана своевременная первая помощь [5].

Задача преподавателя при обучении дать обучающимся квалифицированные и современные знания, помочь сформировать умения и навыки, а также внутреннюю готовность к четким действиям в экстренной ситуации.

Обучение целесообразно проводить при наличии качественного оборудования и при достаточном материально-техническом оснащении, которое должно быть безопасным и формировать у обучающихся четкое представление о приемах поддержания и спасения жизни пострадавшего и не искажать его.

Следует предположить, если в процессе обучения использовать адекватные формы и методы, основу которых составляет практико-ориентированная направленность, то эффективность процесса формирования умений по оказанию неотложной медицинской помощи у обучающихся может быть повышена [1].

Проверка практических умений и навыков может проводиться индивидуально и по группам. При этом необходимо убедиться в правильности выполнения обучающимися каждого элемента действия и при серьезной ошибке обучающегося следует остановить и указать на недостаток.

Применение обучающимися практических умений неизменно будет стимулировать их учебную деятельность, что вызовет уверенность в собственных силах, а значит, повысит их продуктивность в роли спасающих жизнь.

Для приобретения необходимых умений каждый обучающийся под руководством педагога должен пройти многоступенчатый метод обучения:

1-я ступень заключается в том, что педагог рассказывает и показывает обучающимся, как правильно выполнить тот или иной элемент при оказании экстренной помощи, отвечает на заданные вопросы;

2-я ступень – обучающийся рассказывает о порядке действий по оказанию помощи, а педагог при этом выполняет их в последовательности, которую он указал, хотя они могут быть и неправильными. Главная цель этой ступени – обучающийся должен увидеть собственные ошибки и исправить их;

3-я ступень заключается в самостоятельном повторении указанных действий и комментировании их выполнения. Это способствует лучшему запоминанию последовательности действий при оказании первой помощи;

4-я ступень – обучающиеся самостоятельно могут выполнить все действия, не используя речевого сопровождения. Это помогает закрепить все полученные знания и превратить в умения и навыки;

5-я ступень – обучающийся выполняет все действия по оказанию неотложной помощи в режиме реального времени. Это также помогает закрепить полученные умения и отработать их [2].

Главная задача преподавателя на практическом занятии - формирование и развитие знаний и практических умений по оказанию неотложной медицинской помощи пострадавшим, что обеспечивает готовность обучающихся к реальности, и помогает связать теорию с практикой в процессе обучения [1].

Достижение цели обучения возможно лишь посредством применения представленных методов обучения.

Список литературы:

1. Канаева Т.А., Профессиональное становление студентов СПО в контексте практико-ориентированных технологий. Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал), №12 (20), 2022.

2. Карюкина О.А., статья «Практико-ориентированный подход в подготовке специалистов», опубликовано 16.11.2024г.

3. Медицина чрезвычайных ситуаций: учебник: в 2 т. / под ред. С.Ф. Гончарова, А.Я. Фисуна. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021.-Т. 1. — 608 с.

4. Морозова Т.И., Практико - ориентированные технологии, как необходимое условие творческого развития студентов, XIII Южно-Российская межрегиональная научно-практическая конференция-выставка «Информационные технологии в образовании», ИТО-Ростов-2023».

5. Основы оказания первой помощи: учебное пособие / под ред. И.П. Миннуллина, Н.Н. Плахова, Л.И. Дежурного. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. — 128 с.

6. Шадриков, В.Д. Личностные качества педагога как составляющие профессиональной компетентности / В.Д. Шадриков. – Текст: непосредственный // Вестник Ярославского государственного университета им. П.Г. Демидова. Сер. «Психология». – 2023. – № 1. – С. 15- 21.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В НЕОТЛОЖНОЙ ФОРМЕ В УЧРЕЖДЕНИЯХ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ.

*Преподаватель Оленина Т.А.
г. Самара, ГБПОУ «СМК им Н. Ляпиной»*

Качество и доступность медицинской помощи в значительной степени зависит от организации и соблюдения порядков оказания медицинской помощи. Знание и строгое соблюдение медицинскими работниками маршрутизации, алгоритмов оказания медицинской помощи во многом определяют результат оказанной помощи.

Неотложная медицинская помощь, в том числе на дому, оказывается взрослому населению при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.

Неотложная помощь может оказываться в качестве первичной доврачебной медико-санитарной помощи средним медицинским персоналом, а также в качестве первичной врачебной медико-санитарной помощи врачами-специалистами.

Для оказания неотложной помощи в учреждениях организованы кабинеты (отделения) неотложной медицинской помощи.

Отделение (кабинет) неотложной медицинской помощи является структурным подразделением поликлиники, поликлинического подразделения медицинской организации, врачебной амбулатории, отделения или центра общей врачебной практики (семейной

медицины). В медицинской организации с численностью обслуживаемого взрослого населения 10 000 человек и более рекомендуется создание кабинета, а с численностью обслуживаемого взрослого населения более 20 000 человек рекомендуется создание отделения.

Медицинскую помощь в неотложной форме могут оказывать медицинские работники отделения (кабинета) либо медицинские работники других структурных подразделений медицинской организации в соответствии с утвержденным графиком дежурств.

В отделении (кабинете) первичная доврачебная медико-санитарная помощь в неотложной форме может оказываться фельдшером, медицинской сестрой общей практики (медицинским братом общей практики), медицинской сестрой врача общей практики (семейного врача) (медицинским братом врача общей практики (семейного врача), а первичная врачебная медико-санитарная помощь и первичная специализированная медико-санитарная помощь в неотложной форме - врачами-специалистами.

Медицинская помощь в неотложной форме лицам, обратившимся в медицинскую организацию с признаками неотложных состояний, оказывается по направлению медицинского регистратора безотлагательно, срок ожидания не должен превышать 2 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию. Медицинская помощь в неотложной форме на дому осуществляется в течение не более 2 часов после поступления обращения пациента или иного лица об оказании такой помощи на дому.

В случае отсутствия эффекта от оказываемой медицинской помощи в неотложной форме, ухудшении состояния пациента и возникновении угрожающих жизни состояний медицинские работники принимают меры к их устранению и организуют вызов бригады скорой медицинской помощи либо транспортировку пациента в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, в сопровождении медицинского работника.

После оказания неотложной медицинской помощи пациенту и уменьшения проявлений неотложного состояния сведения об оказанной помощи передаются врачу-терапевту участковому (врачу общей практики), в том числе с использованием медицинских информационных систем. Пациента посещают на дому (актив) или приглашают в медицинскую организацию на прием к врачу с целью наблюдения за его состоянием, течением заболевания и своевременного назначения и коррекции обследования и лечения.

Функции кабинета неотложной помощи:

- оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи, первичной врачебной медико-санитарной помощи, первичной специализированной медико-санитарной помощи в неотложной форме,
- установление медицинских показаний и направление в медицинские организации для оказания специализированной медицинской помощи,
- осуществление консультаций врачей-специалистов, в том числе с применением телемедицинских технологий,
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности, выдача и продление листков временной нетрудоспособности (при оказании первичной врачебной неотложной помощи),
- ведение медицинской документации и представление отчетности: карта вызова неотложной медицинской помощи, журнал работы мобильной медицинской бригады для оказания медицинской помощи в неотложной форме, информация о работе отделений (кабинетов) неотложной медицинской помощи.

Поводы к вызову медицинского персонала учреждения здравоохранения, в структуре которого образовано отделение (кабинет) неотложной медицинской помощи:

- боли в поясничной области, правом подреберье, конечностях,
- пищевые отравления,
- рвота, понос, боль в животе,
- головная боль, головокружение,

- повышение артериального давления,
- головная боль, головокружение, боль в сердце или за грудиной у больного, страдающего гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца,
- повышение температуры тела, насморк, кашель, озноб,
- повышение температуры, одышка, кашель,
- боль в позвоночнике: в шейном, грудном, поясничном, крестцовом отделах
- боль в пояснице с иррадиацией в паховую область, нарушение мочеиспускания, повышение температуры (почечная колика),
- болевой синдром у онкологических больных,
- желтушность кожных покровов, изменение цвета мочи,
- боль в горле, повышение температуры тела,
- острая задержка мочи,
- выпадение трубки из цистостомы,
- ушибы мягких тканей головы, ушибы туловища, ушибы, вывихи, переломы конечностей,
- заложенность носа, кожный зуд, сыпь на коже,
- отморожение, переохлаждение,
- небольшие ограниченные термические ожоги, химические ожоги,
- перевозка больных в стационар по направлению лечащего врача (плановая и экстренная), кроме состояний, показанных для транспортировки специализированными бригадами.

Режим работы кабинета неотложной помощи при поликлинике устанавливается руководителем учреждения и обеспечивает оказание неотложной помощи, как правило, с 8.00 до 20.00 ежедневно, включая выходные и праздничные дни, прием вызовов - начало не позднее 8.00 и окончание не ранее 19.00.

В нашем регионе утвержден алгоритм взаимодействия станций (отделений) скорой медицинской помощи и учреждений здравоохранения, имеющих в структуре кабинеты неотложной медицинской помощи.

При обращении граждан на станцию (отделение) скорой медицинской помощи по поводу заболеваний и состояний, не угрожающих жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи, фельдшер по приему и передаче вызовов:

- передает данный вызов для обслуживания в отделение неотложной помощи соответствующего учреждения здравоохранения,
- записывает вызов в журнал вызовов скорой медицинской помощи (в том числе в электронной форме),
- предупреждает заявителя о том, что его обращение будет передано для обслуживания в учреждение неотложной медицинской помощи,
- передает вызов в течение 5 минут в учреждение, оказывающее ПМСП по месту прикрепления пациента, сообщив фамилию, имя, возраст больного, его адрес, телефон, повод вызова, а также записывает сведения о принявшем вызов, времени передачи, вводит все данные в автоматизированную систему.

Фельдшер (медицинская сестра, медицинский брат) отделения неотложной помощи обязан принять вызов от фельдшера (оператора) скорой помощи, зарегистрировать вызов в журнале вызовов неотложной помощи, внести данные о выполнении вызова (в течение 2 часов с момента приема вызова). Персонал кабинета неотложной помощи обеспечивает также преимущественность в оказании медицинской помощи с врачами участковой службы, если требуется динамическое наблюдение.

Список литературы:

1.Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

2. Приказ Минздрава России от 14.04.2025 N 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»

3. Приказ МЗ Самарской области от 11 октября 2012 года N 331 «Об организации оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме, в том числе на дому, взрослому населению учреждениями здравоохранения Самарской области» (в ред. 27.10.2022 года)

ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ

*Преподаватели Багрова Ж.В., Садчикова И.А.
г. Самара, ГБПОУ «СМК им. Н. Ляпиной»*

Бронхолёгочная патология является одной из ведущих причин заболеваемости и смертности в мировой и российской медицине, занимая значительную долю среди заболеваний органов дыхания. В России заболевания дыхательной системы составляют около 24,6% от общей заболеваемости населения, при этом ежегодно регистрируется более 45 тысяч случаев на 100 тысяч человек. Рост заболеваемости наблюдается по таким нозологиям, как хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ), бронхиальная астма, внебольничная пневмония и острые респираторные инфекции, что подчёркивает необходимость эффективных доврачебных мероприятий для своевременной стабилизации состояния пациентов.

Бронхолёгочная патология занимает значительное место в структуре заболеваний дыхательной системы и часто сопровождается острыми ухудшениями состояния, требующими немедленного вмешательства. Медицинские сестры играют ключевую роль в оказании доврачебной неотложной помощи таким пациентам, что позволяет своевременно стабилизировать состояние и предотвратить развитие тяжелых осложнений.

Заболевания органов дыхания включают широкий спектр патологий, среди которых выделяются:

- Хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) — распространённая хроническая патология, преимущественно связанная с курением и воздействием вредных факторов окружающей среды. Официальная распространённость в России составляет порядка 1,7% населения, но фактические данные свидетельствуют о значительно большем числе больных — до 11 млн человек.

- Бронхиальная астма — хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей с переменной обструкцией. За последние годы зарегистрировано более 1,4 млн новых случаев, что отражает увеличение диагностической активности.

- Внебольничная пневмония — актуальная острая инфекция нижних дыхательных путей с высокой частотой госпитализаций и летальностью до 8 случаев на 100 000 населения.

- Острые респираторные инфекции (ОРВИ) — составляют до 90–95% инфекционной патологии дыхательных путей, включая грипп и другие вирусные инфекции.

Важнейшей задачей медицинской сестры является раннее распознавание признаков дыхательной недостаточности и других критических симптомов, требующих немедленных доврачебных мер.

Диагностические критерии критического ухудшения состояния:

- Чрезмерная одышка, тахипноэ (частота дыхания более 24 в минуту);
- Использование вспомогательной мускулатуры дыхания, втяжение межрёберных промежутков;
- Цианоз кожи и слизистых оболочек;
- Ускорение сердцебиения (тахикардия);
- Нарушения сознания (сонливость, спутанность);

- Низкая сатурация кислорода (менее 90%);
- Выслушивание влажных хрипов, наличие бронхиального дыхания или укороченного звука при перкуссии;
- Повышение температуры тела выше 38°C с признаками интоксикации.

Наличие перечисленных признаков служит основанием для проведения неотложных мероприятий и своевременной передачи информации врачу для дальнейшей госпитализации и специализированного лечения.

Согласно клиническим рекомендациям Министерства здравоохранения РФ, при оказании доврачебной неотложной помощи пациентам с бронхолёгочной патологией необходимо соблюдать следующий алгоритм действий:

1. Оценка состояния пациента:
 - определить уровень сознания;
 - измерить частоту дыхания (ЧДД), пульс и сатурацию кислорода;
 - выявить признаки дыхательной недостаточности: использование вспомогательной мускулатуры, втяжение межрёберных промежутков, цианоз;
 - проверить наличие бронхиальных хрипов и других аускультативных признаков.
2. Обеспечение проходимости дыхательных путей:
 - очистить ротоглотку от слизи и слюны для освобождения дыхательных путей;
 - при необходимости выполнить воронкообразный массаж лёгких.
3. Кислородотерапия:
 - при сатурации ниже 90 % незамедлительно начать подавать кислород через маску или носовой катетер;
 - следить за уровнем насыщения кислородом.
4. Позиционирование пациента:
 - помочь принять сидячее положение с опорой на руки, чтобы облегчить дыхание.
5. Обеспечение покоя и профилактика паники:
 - объяснить пациенту мероприятия, поддержать эмоциональное спокойствие.
6. Введение лекарственной терапии (при наличии соответствующих навыков и назначений врача):
 - при необходимости — использование бронходилататоров (ингаляционные препараты);
 - при подозрении на инфекционный процесс — соблюдение протокола взятия анализов и начала антибактериальной терапии.
7. При остановке дыхания:
 - немедленно приступить к искусственной вентиляции лёгких с помощью мешка Амбу с частотой 40–60 вдохов в минуту;
 - при отсутствии эффекта — начать сердечно-лёгочную реанимацию (искусственное дыхание и компрессии грудной клетки);
 - немедленно вызвать скорую медицинскую помощь.
8. Мониторинг и передача информации врачу:
 - регулярно контролировать жизненно важные показатели и отмечать динамику;
 - при ухудшении состояния — оперативно информировать врача для принятия решения о госпитализации.

Этот алгоритм способствует своевременному стабилизирующему воздействию и снижению риска тяжёлых осложнений. Медицинские сестры должны знать и применять данные рекомендации в своей практике для повышения качества неотложной помощи пациентам с бронхолёгочной патологией.

Оказание своевременной и квалифицированной доврачебной неотложной помощи является критическим звеном в цепочке оказания медицинской помощи пациентам с бронхолёгочной патологией. Медицинские сестры должны обладать необходимыми знаниями и навыками для распознавания признаков критического ухудшения и быстрого выполнения неотложных мероприятий согласно современным клиническим рекомендациям.

Это позволит значительно снизить риск развития тяжелых осложнений и улучшить прогноз пациентов.

Надлежащее оказание доврачебной неотложной помощи пациентам с бронхолёгочной патологией является ключевым этапом в сохранении жизни и предупреждении тяжёлых осложнений. Медицинские сестры, владеющие навыками распознавания угрожающих жизни состояний и алгоритмом первой помощи, играют важную роль в системе здравоохранения. Соблюдение современных клинических рекомендаций способствует повышению качества медицинской помощи и улучшению исходов заболевания.

Список литературы:

1. Росстат, Заболеваемость населения России, 2021–2022 гг.
2. Министерство здравоохранения РФ, Национальные клинические рекомендации по бронхолёгочной патологии, 2023.
3. Клинические рекомендации по ведению острого бронхита и пневмонии, 2022.
4. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Глобальная стратегия по ХОБЛ, GOLD, 2023.
5. Российское респираторное общество, Профилактика и лечение острых респираторных инфекций, 2022.